SATO-PICARDIE
RAPPORT
D'ACTIVITE 2009

SOMMAIRE

- **INTRODUCTION** page 3
- **SECTION SOINS ET PREVENTION EN AMBULATOIRE** page 7
  - **PÔLE SOINS** page 9
    - *LE CENTRE DE CREIL* page 11
    - *LE CENTRE DE COMPIEGNE* page 45
    - *LE CENTRE DE BEAUVAIS* page 73
  - **PÔLE PREVENTION** page 91
    - *LE TAMARIN* page 93
    - *LE FUSAIN AILE* page 123
- **SECTION SOINS AVEC HEBERGEMENT** page 155
    - *LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE DE FLAMBERMONT* page 159
    - *LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE COMPIEGNE* page 215
- **CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES DES USAGERS DE DROGUE** page 243

INTRODUCTION

Une fois encore voici le temps de faire le bilan de l'année qui vient de s'écouler. Sans aucun doute l'événement majeur de l'année 2009 a été la création d'un CSAPA thématique et d'un CAARUD. Ce projet a été validé par le CROSMS de Picardie le 11 décembre dernier. Il a pour conséquence une réorganisation administrative et fonctionnelle des structures médico-psycho-sociales que gère notre association. Dorénavant, l'organigramme du CSAPA du SATO-Picardie se décompose en deux sections distinctes :

- Une Section Soins Prévention en Ambulatoire, subdivisée en trois unités situées à :
    - Beauvais, avec des interventions à Méru,
    - Compiègne avec une antenne à Noyon créée grâce à l'attribution de mesures nouvelles,
    - Creil.

- Une Section Soins avec Hébergement, comprenant deux structures, dont l'animation et la gestion seront assurée par une direction unique :
    - La communauté thérapeutique de Flambermont
    - Les appartements thérapeutiques Relais de Compiègne.

Le CROSMS a émis une réserve sur le fait que le CAARUD ne peut, à lui seul, être une entité distincte et autonome. Pour ce motif il ne peut donc être intégré comme un simple élément constitutif du CSAPA. Aussi, notre CAARUD fera l'objet d'un nouveau passage en CROSMS début 2010. Cette nouvelle présentation du projet sera vraisemblablement l'occasion de prévoir l'extension de l'activité de ce CAARUD à l'ensemble du territoire de santé sud-est, à savoir sur les villes de Soissons, Château-Thierry et Villers-Cotterêts. L'on notera qu'au cours de l'année écoulée le SATO-Picardie a participé activement aux nombreuses réunions organisées par la DRASS de Picardie pour l'élaboration du schéma régional addictologie pour le champ médico-social. Notre implication dans cette réflexion qui avait pour but de définir les objectifs d'une meilleure organisation du dispositif de prise en charge en Picardie marque notre profond intérêt à prendre toute notre place dans la redéfinition et le développement des ressources régionales qu'elles soient médico-sociales ou sanitaires en matière d'addictologie. L'existence de ce CSAPA thématique doit, à terme, évoluer vers la création d'un CSAPA compétent sur l'ensemble des conduites de dépendance, qu'elles concernent des drogues licites ou illicites, tel, par exemple, alcool ou le tabac, ou encore les addictions sans produit. Le SATO-Picardie entend développer tous les contacts nécessaires avec ses différents partenaires pour parvenir à l'avenir à la création d'un CSAPA généraliste. Il demeure néanmoins une inquiétude à propos du « P » du CSAPA. Ce « P » qui signifie « prévention » est en effet une activité optionnelle de cette structure sans aucun engagement quant à son financement. Nous savons le rôle déterminant de la prévention dans une approche globale des phénomènes d'addiction. Chacun connaît l'importance du travail que mènent en ce domaine nos deux Points Ecoute : le Tamarin à Creil et le Fusain Ailé à Beauvais. Il n'est que de lire d'une année sur l'autre les rapports d'activité de ces deux structures pour en apprécier la nécessité. Aussi, nous espérons que les membres des équipes,

au demeurant fort peu nombreux, qui travaillent dans nos Points Ecoute, pourront être intégrés dans des antennes Prévention de notre CSAPA.

Comme on peut le constater à la lecture de ce document, l'activité de notre association demeure très importante tant en ce qui concerne son volume, la diversité et la qualité des missions engagées que par la nécessité que celle-ci revêt au regard de la situation, souvent dramatique, des populations auxquelles elle s'adresse. Il convient de prendre la mesure de l'extrême diversité qui caractérise l'action que mène notre association. En effet, en dehors des missions d'accueil et de prise en charge des usagers de drogues ainsi que de leurs familles, le SATO-Picardie multiplie les initiatives dans les champs :

- de la prévention primaire, en partenariat avec :

    - la communauté éducative et les différentes associations locales,
    - les Parquets de Beauvais et de Senlis, dans le cadre des mesures de rappel à la loi ainsi que dans la mise en place des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants,
    - les villes, les agglomérations et les services du Conseil Général de l'Oise, on citera en particulier, les Maisons de l'Adolescence, les actions menées à Noyon ainsi que la mise en œuvre du Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis.

  L'on notera l'attention particulière portée par les équipes, notamment de nos Points Ecoute Jeunes, au développement des addictions sans produits afin d'envisager des réponses satisfaisantes et efficaces tant pour les usagers eux-mêmes que pour leurs proches.

- De la réduction des risques, avec :

    - La mise en œuvre effective de l'activité d'une équipe mobile qui intervient dorénavant sur différents sites du département – Compiègne, Noyon et Pont Sainte Maxence et qui développe un travail de rue en direction des usagers de drogues.
    - L'ouverture d'une antenne du CAARUD à Beauvais.
    - La poursuite des actions spécifiques vers les milieux festifs.
    - L'initiation d'un travail vers certains lieux de prostitution.

- Du soin et de la réinsertion, avec :

    - La formalisation de lien de travail dans le cadre de convention avec différents partenaires de nos centres de soin, qu'ils soient du champ sanitaire, comme les CHG de Clermont et de Creil, qu'ils interviennent dans le domaine de l'urgence sociale comme les Compagnons du Marais ou encore avec les SPIP de l'Oise dans le cadre du placement extérieur.
    - Le développement d'initiatives originales de la communauté thérapeutique de Flambermont telle que la présence active à l'organisation du Marché de Noël de Saint Martin le Nœud, la participation à une rencontre sportive organisée en Slovaquie ainsi que

celle aux Olympiades des Exclus au Danemark où, il faut le souligner, l'un de nos résidants a obtenu une médaille de bronze aux 100 mètres.

- Une réflexion sur la mise en place d'un programme seuil bas d'accès à la méthadone sur l'ensemble des trois Unités de Soins en Ambulatoire.

Il faut, bien évidemment mentionner les projets sur lesquels nous travaillons depuis de nombreux mois, pour ne pas dire des années : l'extension des locaux de notre communauté thérapeutique de Flambermont qui sont pratiquement terminés et qui seront inaugurés au printemps prochain, la création des Lits Halte Soins Santé, dont les travaux vont commencer au mois de janvier 2010.

Enfin, je vous invite à lire ce rapport d'activité qui atteste de l'ampleur du travail réalisé. Je souhaite remercier à cette occasion l'ensemble du personnel pour le travail accompli et rendre hommage aux administrateurs et à tous les partenaires du SATO-Picardie sans lesquels rien de tout cela n'aurait pu se faire.

Jean-Pierre Demange
Directeur du SATO-Picardie

SECTION SOINS ET PREVENTION EN AMBULATOIRE

PÔLE SOINS

LE CENTRE DE CREIL

I. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives*
- *B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009*
- *C. Commentaires*

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Répartition par sexe*
- *B. Tranche d'âge*
- *C. Moyenne d'âge*
- *D. Origine géographique*
- *E. Statut matrimonial*
- *F. Nombre d'enfants*
- *G. Logement*
- *H. Situation professionnelle*
- *I. Origine principale des ressources*
- *J. Origine de la demande*
- *K. Couverture sociale*
- *L. Etat de santé des patients*
- *M. Les sevrages*
- *N. Traitements de substitution*
- *O. File active des patients substitués suivis au service*
    - *a) Méthadone*
    - *b) Buprénorphine*
    - *c) Méthadone « bas seuil »*
- *P. Tranche d'âge début toxicomanie*
- *Q. Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables*
- *R. Evaluation du risque d'usage par rapport au produit N°1*
- *S. Voie intraveineuse*
- *T. Modalité de consommation*
- *U. Justice*
- *V. Les orientations réalisées par le service*
- *W. Réduction des Risques au centre de soins*
- *X. Activité de groupe thérapeutique*
    - *a) Après-midi crêpes (Mlle E. BOUIS, stagiaire éducatrice)*
    - *b) Atelier esthétique (Mlle L. GUIBERT, stagiaire éducatrice)*

III. L'ACTIVITE CUTURELLE

- *A. L'exposition « Délimitations »*

B. L'exposition « Calligraphies »
C. La place de la culture au centre de soins

IV. BILAN ACTIVITE AU CENTRE PENITENTIAIRE DE LIANCOURT

A. Analyse clinique de l'activité
a) Données chiffrées
b) Lecture des statistiques
***B.** Expertise de l'action*

V. BILAN ACTIVITE A L'HOPITAL DE CREIL

A. Données chiffrées
B. Commentaires

Membres de l'équipe

Docteur Sylvie SUQUET-Médecin généraliste (0,7 ETP détachement convention hôpital Creil).
Docteur Nathalie HEYMES-Médecin généraliste (0,2 ETP).
Mr Patrick MELIOT-Pharmacien (0,06 ETP).
Mlle Fanny-Ange TAMO-Infirmière (0,75 ETP) du 01/01 au 14/05/2009.
Me ANSART Mireille-Infirmière (0,25 ETP).
Me Elise BOURSIER-Infirmière (0,75 ETP) du 11/06 au 31/12/2009.
Me Virginie BAILLE-Psychologue (0,3 ETP).
Me Marie ANTONA-Psychologue (0,5 ETP).
Me Martine BRUYER-Assistante de service social (0,25 ETP).
Me Joëlle LTEIF-Educatrice spécialisée (0,5 ETP).
Mr Nicolas BOURRY-Educateur spécialisé (1 ETP).
Mr Patrick TAQUET-Educateur (0,5 ETP centre pénitentiaire de Liancourt).
Mr Claude LEFEVRE-Chef de service (0,8 ETP).
0,5 ETP Infirmière (détachement convention hôpital de Creil) non pourvu.

Stagiaires

Mlle Laura MAJER-Educatrice.
Mlle Elodie BOUIS-Educatrice.
Mlle Leslie-GUIBERT-Educatrice.
Mlle Fanta TRAORE-Assistante de service social.
Me Anna-Maria COTTONE-Psychologue.
Mr Abderaman JLIDI -Médecin Psychiatre.
Me Isabelle BURRO-Infirmière.
Me Corinne GANTHEIL-Infirmière.
Mlle Sandra GUSTIN-Conseillère d'Insertion et de Probation.
Mr Mohamed Aït KHAYOUCEF-Conseiller d'Insertion et de probation.

INTRODUCTION

Afin de mettre en cohérence, toutes les données chiffrées, de nouvelles statistiques, accompagnées d'une présentation commune pour nos trois centres de soins spécialisés, ont été intégrées au rapport d'activité de cette année. Ces compléments, éclairent davantage nos lectures cliniques et nos hypothèses de travail, affinent nos perceptions, renforcent nos observations et nous servent à adapter au mieux nos offres de service aux besoins des usagers. Par ailleurs, ils nous aident dans notre capacité à rendre compte au plus prés de notre réalité, du travail réalisé.

La mise en œuvre du dossier, Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) a particulièrement occupé nos énergies. A cette occasion, sur le bassin creillois, des conventions ont été réactualisées ou initiées avec différents partenaires. En premier lieu, la collaboration de travail avec les partenaires sanitaires :

- *l'hôpital général Laennec de Creil met à nouveau à disposition du centre de soins, en complément du 0,70 ETP de praticien hospitalier, le 0,5 ETP d'infirmière. C'est de notre point de vue, l'exemple d'une articulation pertinente, profitable aux usagers, entre le sanitaire et le médico-social. Une synthèse de l'activité réalisée à l'hôpital, par le*

médecin détaché au centre de soins du SATO-Picardie, est rapportée, plus en avant, dans ce bilan d'activité.

- *Des accords de travail ont été précisés avec l'hôpital général de Clermont, notamment pour l'orientation de patients dans le cadre de sevrages simples ou complexes.*
- *La convention avec le Centre Polyvalent d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, permet aux patients accueillis au service, dès leur entrée, de bénéficier d'un bilan complet de santé. Ils ont la possibilité d'effectuer des prélèvements sanguins afin de connaître l'état de leur sérologie.*

La coopération engagée depuis quelques années avec le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale des Compagnons du Marais s'est formalisée cette année, par la signature d'une convention.
D'autres accords ont été également retenus avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation et l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

Cette année encore, le centre de soins de Creil a accueilli de nombreux toxicomanes parfois, accompagnés de leurs proches : conjoint(e), enfants, parents, amis(es). Tous ces usagers, sont concernés à minima, par des consommations d'opiacés et/ou de psychostimulants. Nous rappelons que sur le secteur, les consommateurs de cannabis sont orientés vers l'équipe du Tamarin. Nos interventions en milieu carcéral, au centre pénitentiaire de Liancourt, ont été également très soutenues. Cette activité, intégrée au bilan chiffré du centre de soins, est néanmoins décrite de manière détaillée, dans un chapitre suivant.

Les réunions hebdomadaires de service, lors desquelles sont évoqués le quotidien vécu avec les patients et les éventuelles préconisations ou décisions à prendre par rapport à leur prise en charge, ont été animées et riches. En effet, l'équipe s'est à nouveau interrogée sur la prise en charge des patients suivis en traitement de substitution à la méthadone. Nous observons qu'un nombre non négligeable d'entre eux a d'énormes difficultés pour s'adapter au « haut seuil » d'exigence requis en la circonstance. Cette « incapacité », entraîne des sorties de programme, du fait des patients eux-mêmes ou du fait de posologies dégressives, projetées par l'équipe. Ce constat, très insatisfaisant, a conduit les professionnels à réfléchir sur l'opportunité d'envisager, dans un premier temps à titre expérimental, un programme méthadone bas seuil. Un chapitre dans ce rapport d'activité rend compte de ce cheminement. Une visite auprès de l'équipe du bus méthadone, à Paris, a été organisée ; une autre est prévue en février prochain auprès de structures spécialisées de longue date dans ce type de prise en charge, en Belgique, à Bruxelles précisément.

Dans la continuité des années précédentes, des expositions, suivies de vernissage se sont déroulées au sein même du service. C'est ainsi que nous avons reçu et exposé un peintre et deux calligraphes. Ces moments délicieux de convivialité et de partage sont toujours des événements très appréciés par les patients, les membres de l'équipe ainsi que nos collègues des autres services et partenaires qui nous font l'honneur de leur visite.

Nous avons eu le plaisir d'accueillir et d'accompagner tout au long de leur stage des étudiants : éducateurs, assistante de service social, infirmières, médecin psychiatre, psychologues, conseillers d'insertion et de probation. Merci à eux pour leur présence, leurs questions, l'intérêt manifesté auprès des usagers, leur investissement et leur implication. Ils ont pour quelques uns proposé des activités aux patients. Il nous a semblé important de donner trace à leur passage en joignant dans ce rapport d'activité leurs écrits rédigés pour l'occasion.

I. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives

	2007	***2008***	***2009***
File active usagers	*375*	*382*	*387*
Nombre de patients vu au moins une fois	*375*	*382*	*387*
*- dont nombre de patients vu une seule fois **	*84*	*77*	*41*
- dont nombre nouveaux usagers	*213*	*164*	*143*
File active entourage	*94*	*90*	*104*
- dont nombre nouvelles personnes	*-*	*-*	*104*
Total file active	***469***	***472***	***491***

La file active usagers se compose de :

- *299 patients reçus au centre de soins de Creil (278 en 2008).*
- *88 personnes rencontrées en incarcération, au centre pénitentiaire de Liancourt (104 en 2008).*

B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009

	2007	***2008***	***2009***
Actes médicaux	*2095*	*2197*	*1919*
Actes infirmiers (tous confondus)	*6498*	*5751*	*5282*
Actes psychologiques	*556*	*577*	*481*
*Actes sociaux-éducatif **	*556*	*533*	*359*
Actes réalisés en incarcération	*239*	*246*	*234*
*Actes-accueil***	*6009*	*5854*	*6831*
*Actes réalisés auprès de l'entourage****	*34*	*26*	*17*
Total des actes	***15987***	***15184***	***15123***

** dont 165 actes effectués par l'assistante sociale pour 61 personnes (aide au logement, aux droits sociaux).*

*** Les actes-accueil comptabilisent les passages quotidiens des personnes reçues au service et accueillies par les différents membres de l'équipe (usagers, patients réguliers, accompagnateurs, entourage/famille, etc.)*

**** Il s'agit de comptabiliser les entretiens réalisés auprès de l'entourage (parents, conjoints, enfants, etc.)*

C. Commentaires

Les données chiffrées de ces trois dernières années indiquent une activité relativement stable. Nous enregistrons un taux de croissance concernant la file active patients reçus au centre de soins de 8%. En revanche, nous observons une baisse des personnes rencontrées en incarcération de, 15%. Cette déperdition, s'explique partiellement par le fait que certains suivis ont nécessité un nombre d'entretiens plus important que la moyenne.

Le taux de renouvellement global de la file active est de 37% Dans le détail :

- *Il est de 29% pour les patients accueillis au centre de soins soit, 3% de moins que l'année dernière.*
- *Il est de 64% pour les détenus vus au centre pénitentiaire de Liancourt.*

Hors file active du centre pénitentiaire, 14% des usagers composant la file active du centre de soins n'ont été vus qu'une seule fois.

La file active entourage est en augmentation de 16% mais, nous notons néanmoins, un fléchissement des actes-entretiens réalisés auprès de celle-ci de, 35%.

Comparativement à l'année 2008, le total des actes est également en équilibre. Néanmoins, une lecture plus fine, nous permet de remarquer d'une part, une progression des actes accueil de, 17% et d'autre part, une baisse parfois, relativement importante, de tous les autres actes. Ce constat nécessite une lecture d'hypothèse. En effet, depuis ces trois dernières années la fréquentation du service semble se stabiliser ; parallèlement, le taux de renouvellement de la file active diminue, faiblement mais régulièrement. Concernant les patients en traitement de substitution méthadone, qui sont majoritaires et qui occupent beaucoup les énergies, nous observons cette année, une baisse des nouveaux patients et corrélativement, une hausse des sorties du programme. Il est normal de ce fait, que les actes effectués, toutes fonctions confondues, se réduisent. Par contre, l'augmentation des actes accueil semble révéler la façon de travailler de l'équipe ou plutôt d'appréhender les demandes des patients. En effet, si moins d'entretiens se réalisent en face à face, en revanche, tous les professionnels du centre sont davantage impliqués dans l'accueil informel des personnes qui s'y présentent et de nombreuses questions et/ou difficultés sont abordées sans qu'elles aient nécessité (ou, que les usagers en aient fait la demande) d'un entretien spécifique. La prise en charge des patients est aujourd'hui principalement centrée sur cette forme d'accompagnement.

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Répartition par sexe

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*42*	*45*	*45*
Hommes	*233*	*337*	*342*
Total	***375***	***382***	***387***

Le ratio sexe ne varie guère d'une année sur l'autre, à peine 12% de la file active globale est composée de femmes. Ce pourcentage s'élève à 15% s'il on extrait la file active du centre pénitentiaire de Liancourt, constituée exclusivement d'hommes.

B. Tranches d'âge

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 20 ans	*-*	*3*	*8*
dont moins de 18 ans	*-*	*0*	*1*
20-24 ans	*-*	*25*	*37*
25-29 ans	*-*	*56*	*80*
30-39 ans	*-*	*122*	*174*
40-49 ans	*-*	*70*	*83*
50-59 ans	*-*	*2*	*4*
60 et plus	*-*	*0*	*0*

*C. Moyenne d'âge **

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*31,6*	*32,9*	*33,9*
Hommes	*38,4*	*34,9*	*35,1*
Générale	*34,2*	*34,5*	*34,9*

**Hors file active pénitentiaire.*

La moyenne d'âge des toxicomanes reçus au centre est relativement élevée, proche de 35 ans. Nous observons que celle-ci croît de manière régulière, depuis ces trois dernières années, tant pour les femmes que pour les hommes,

La tranche d'âge la plus représentative se situe entre 30 et 39 ans. Elle compose 45% de la file active globale.
21% des patients ont entre 40 et 49 ans, et 1% plus de 50 ans.
67% des personnes rencontrées ont plus de 30 ans.
Les moins de 20 ans sont très minoritaires, un peu plus de 2%. Une seule personne mineure s'est présentée cette année au service.

D. Origine géographique

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région (Aisne, Somme)	*357*	*361*	*358*
Originaires du département (Oise)	*307*	*322*	*322*
*- dont originaires de la ville d'implantation du service**	*53*	*69*	*81*
En provenance d'autres régions	*-*	*-*	*14*
Non renseigné	*16*	*21*	*15*

83% de la file active globale est issue du département.
Une lecture plus précise au sujet de la file active des personnes reçues au centre de soins nous indique que 45% d'entre elles, résident sur l'agglomération creilloise.

Dans le détail :

	2009
Creil	*75 (25%)*
Montataire	*26 (9%)*
Nogent sur Oise	*24 (8%)*
Villers Saint Paul	*10 (3%)*

E. Statut matrimonial

	2007*	***2008****	***2009***
Célibataire	*159*	*165*	*242*
Union libre	*52*	*54*	*64*
Marié	*14*	*17*	*27*
Séparé	*22*	*24*	*36*
Divorcé	*6*	*8*	*12*
Veuf (e)	*-*	*-*	*1*
Non renseigné	*8*	*10*	*5*

** Hors file active pénitentiaire ;*

63% des personnes suivies sont célibataires.
24% vivent en couple dont, 70% d'entre eux, en union libre.
12% sont séparés ou divorcés.

F. Nombre d'enfants

	A charge
Un	*44*
Deux	*27*
Trois	*15*
Quatre et plus	*5*
Non renseigné	*13*

De nombreux toxicomanes suivis au centre de soins ont des responsabilités parentales et des enfants dont ils ont la charge. Certains d'entre eux, intégrés au programme méthadone, viennent d'ailleurs régulièrement en leur compagnie. Notons au passage, qu'un lieu aménagé pour les enfants, avec des jeux, des livres, etc. est installé dans la salle d'accueil.
Les patients présents sont en règle générale extrêmement prévenants, attentifs et vigilants lorsque des enfants sont là. Nous n'avons à ce jour jamais constaté le moindre problème, bien au contraire, la présence des enfants semble rassurer, elle amène dans le groupe une certaine sérénité, voire « normalité ».

G. *Logement*

	2007	***2008***	***2009***
Indépendant	*97*	*105*	*111*
Stable en famille	*85*	*83*	*102*
Provisoire ou précaire	*76*	*83*	*74*
SDF	*-*	*-*	*3*
Etablissement pénitentiaire	*114*	*104*	*88*
Non renseigné	*3*	*7*	*9*

71% des usagers du service (hors file active pénitentiaire) ont un logement dont 37% de manière indépendante et 34% qui résident en famille.
25% vivent une situation d'hébergement provisoire et précaire.
1% sont sans domicile fixe.

23% de la file active globale est constituée de détenus, incarcérés au centre pénitentiaire de Liancourt. Leur situation par rapport au logement avant leur incarcération était :

	2009
Indépendant	*37*
Stable en famille	*37*
Provisoire ou précaire	*6*
Sans domicile fixe	*5*
Non renseigné	*3*

H. *Situation professionnelle*

	2007*	***2008****	***2009****
Ont un emploi	*121*	*121*	*135*
- dont CDI	*65*	*71*	*77*
- dont CDD ou stage rémunéré	*54*	*46*	*56*
- dont travailleur indépendant	*2*	*4*	*2*
Autres :	*140*	*157*	*164*

** Hors file active pénitentiaire.*

45% de la file active globale est constituée de personnes qui occupent un emploi dont :
- *57% en CDI.*
- *41% en CDD ou stage rémunéré.*
- *1% sont des travailleurs indépendants.*

53% des personnes suivies (47) dans le cadre d'une détention avaient un travail avant leur incarcération.

I. *Origine principale des ressources*

	2007	***2008****	***2009***
Revenus de l'emploi (y compris retraite, pension invalidité)	*-*	*113*	*149*
Assedic	*-*	*38*	*48*
RMI/RSA	*-*	*65*	*70*
AAH	*-*	*8*	*11*
Autres prestations sociales	*-*	*0*	*0*
Ressources provenant d'un tiers	*-*	*5*	*48*
Autres ressources (y compris sans revenu)	*-*	*21*	*33*
Non renseigné	*-*	*28*	*28*

39% des personnes bénéficient des revenus de l'emploi.
28% sont au RMI ou RSA.
12% perçoivent les Assedic.
12% ont des ressources provenant d'un tiers.
3% perçoivent l'Allocation d'Adulte Handicapé.

J. *Origine de la demande de consultation*

	2007	***2008***	***2009***
*Initiative du patient ou des proches **	*295*	*264*	*227*
Médecin de ville	*24*	*25*	*30*
Structures spécialisées (CCAA, CSST, autres.)	*-*	*-*	*15*
Equipe de liaison	*-*	*-*	*0*
Autre hôpital, autre sanitaire	*16*	*12*	*20*
Institutions et services sociaux	*-*	*-*	*33*
Justice obligation de soins	*7*	*13*	*12*
Justice injonction thérapeutique	*16*	*8*	*13*
Autre mesure administrative ou judiciaire	*17*	*17*	*14*
Milieu scolaire/universitaire	*-*	*-*	*0*
Autres	*-*	*43*	*14*
Non renseigné	*-*	*-*	*9*

** Sont inclus la totalité des personnes suivies en incarcération dans la mesure où se sont elles qui demandent à rencontrer l'éducateur du SATO-Picardie.*

59% des toxicomanes qui viennent au service ou qui sont en prison, sollicitent nos services de leur propre initiative.
10% sont orientés par les services de la justice dont, 4% sous obligation de soins et 4% sous Injonction Thérapeutique.
13% d'entre eux sont adressés par les structures sanitaires dont 8% environ par les médecins généralistes.
9% sont adressés par les instituions et services sociaux.
4% sont indiqués par des structures spécialisées en addictologie, alcoologie et/ou toxicomanie.

K. Couverture sociale

	2007	2008	2009
Régime général et complémentaire	-	-	*102*
Régime général sans complémentaire	-	-	*176*
CMU avec complémentaire	-	-	*81*
CMU sans complémentaire	-	-	*0*
Sans couverture sociale	-	-	*10*
Autres (AEM, à la charge d'un tiers, 100%,…)	-	-	*14*
Non renseigné	-	-	*4*

94% des patients reçus au service bénéficient d'une couverture sociale dont 23% de la Couverture Maladie Universelle avec complémentaire.
3% sont sans aucune couverture sociale.

L. Etat de santé des patients

	2007*	2008*	2009
Taux de renseignement HIV	*86%*	*82%*	*87%*
Tests effectues	*193*	*192*	*294*
Séropositifs	*3*	*3*	*2*
Nombre de patients sous traitement	-	-	*1*
Taux de renseignement VHC	*88%*	*84%*	*89%*
Tests effectués	*203*	*203*	*308*
Séropositifs	*70*	*74*	*89*
Nombre de patients sous traitement	*nr*	*nr*	*nr*
Nombre d'hépatite C guérie	*nr*	*nr*	*nr*
*Taux de renseignement VHB**	*82%*	*80%*	*80%*
Tests effectués	*165*	*167*	*184*
Nombre de vaccinations réalisées au centre	*0*	*0*	*0*
Séropositifs	*45*	*50*	*57*
Vaccination VHB à jour	-	-	*161*
Nombre de prélèvements sanguins réalisés au service	-	-	*8*
Nombre de patients orientés vers le CPES	-	-	*8*
Nombre actes « bobologie »	-	-	*13*
Nombre actes de distribution de traitement	-	-	*5261*
Nombre de patients présentant des comorbidités psychiatriques	-	-	*54*
Nombre de patients qui ont bénéficie antérieurement d'un suivi spécialisé	-	-	*45*

Le taux de renseignement, c'est-à-dire, les patients pour lesquels ont été investiguées les sérologies (notamment la réalisation des tests ainsi que leurs résultats) est satisfaisant. Le pourcentage oscille entre 80 et 89% de la file active globale.
Pour l'année 2009, les personnes incarcérées sont intégrées dans l'évaluation sanitaire de la file active (sauf pour l'hépatite B).

- *Concernant le VIH, nous observons que 87% des patients, pour lesquels nous avons l'information, ont effectué les tests. Parmi eux, moins de 1% (0,68% soit une personne) est séropositif.*
- *Concernant le VHC, nous notons que 90% des patients pour lesquels nous avons l'information, ont effectué les tests. Parmi eux, 29% sont séropositifs.*
- *Concernant l'hépatite B, nous observons que 77% des patients pour lesquels nous avons l'information, ont effectué les tests. Parmi eux, 31% sont séropositifs.*

La lecture de ces résultats nous indique la continuation de la baisse des patients HIV séropositifs et a contrario, un pourcentage toujours élevé de personnes VHC positives.
L'accompagnement sur le plan sanitaire, des usagers accueillis au service, doit être renforcé particulièrement en ce qui concerne l'hépatite C et l'accessibilité au traitement pour les patients présentant une séropositivité.

14% des toxicomanes rencontrés présentent des comorbidités psychiatriques. Parmi eux, 83% ont déjà bénéficié d'un suivi spécialisé antérieur. Ces indicateurs renforcent la nécessité de développer, voire d'initier, des collaborations de travail avec les services spécialisés tels les Centres Médico-Psychologiques, l'Unité d'Accueil d'Urgence ou les équipes spécialisées détachées dans les hôpitaux généraux notamment, aux services des urgences.

M. Les sevrages

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de sevrages réalisés	*11*	*13*	*11*
- dont ambulatoire	*7*	*5*	*4*
▪ *buprénorphine*	*-*	*-*	*0*
▪ *méthadone*	*-*	*-*	*4*
▪ *alcool*	*-*	*-*	*0*
▪ *benzodiazépine*	*-*		*0*
▪ *héroïne*	*-*	*-*	*0*
▪ *autres*	*-*	*-*	*0*
- dont hospitaliers	*4*	*8*	*7*
▪ *buprénorphine*	*-*	*-*	*0*
▪ *méthadone*	*-*	*-*	*3*
▪ *alcool*	*-*	*-*	*2*
▪ *benzodiazépine*	*-*	*-*	*0*
▪ *héroïne*	*-*	*-*	*2*
▪ *autres*	*-*	*-*	*0*

Le nombre de sevrages réalisés représente toujours un faible pourcentage. Seulement 4% de la file active reçue au service, a été concernée.

36% des sevrages sont organisés en ambulatoire. Ils concernent en totalité la méthadone.
64% des sevrages sont organisés en milieux hospitaliers dont :
- *43% pour la méthadone,*
- *29% pour l'alcool,*
- *29% également, pour l'héroïne.*

N. *Traitements de substitution*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de patients sous traitement dans la file active globale	*-*	*204*	*286*
- dont patients sous Buprénorphine Haut Dosage	*-*	*-*	*111*
- dont patients sous méthadone	*-*	*-*	*175*
*Nombre de patients sous traitement suivis par le centre**	*176*	*195*	*214*
- dont patients sous Buprénorphine Haut Dosage	*57*	*69*	*72*
- dont patients sous méthadone	*119*	*126*	*142*
*Nombre patients sous autres traitement à visée substitutive ***	*0*	*0*	*0*

74% de la file active globale est sous prescription d'un traitement à visée substitutive dont :
- *61% sous protocole méthadone*
- *39% sous Buprénorphine Haut Dosage.*

Concernant les patients suivis au centre de soin (75%), on observe que 72% d'entre eux sont sous traitement de substitution dont :
- *66% sous substitution à la méthadone*
- *34% sous Subutex.*

O. *Concernant la file active de patients suivis au centre (hors file active pénitentiaire)*

a) *Méthadone*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*19*	*21*	*27*
Nombre d'hommes	*100*	*105*	*115*
Nouveaux patients	*28*	*30*	*26*
Nombre d'initialisation réalisée par le service	*-*	*-*	*23*
Nombre de relais	*-*	*-*	*19*
Nombre de patients délivrés en pharmacie de ville	*16*	*36*	*40*
Nombre de patients suivis en médecine et pharmacie de ville	*12*	*8*	*12*
Nombre de patients délivrés sous forme gélules	*-*	*44*	*73*
Nombre de patients sortis du programme	*6*	*-*	*33*
- dont devenus abstinents	*-*	*-*	*4*
- dont, de leur propre initiative	*-*	*-*	*20*
- dont, à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*-*	*-*	*2*
- dont exclusion (violence)	*-*	*-*	*1*
- dont incarcération	*-*	*-*	*5*
- dont décès	*-*	*-*	*1*

Le taux de croissance est de 13%.
Le taux de renouvellement est de 18% (dont 89% ont été initialisés au service). Nous observons une baisse de 6% soit un tiers, par rapport à l'année 2008 (24%).

28% des patients bénéficient de la délivrance de leur traitement en officine de ville. La prescription s'effectue toujours au centre.
8% sont en délivrance pharmacie et en prescription auprès d'un médecin généraliste de ville.

Cette orientation s'organise en général lorsque le patient concerné est stabilisé d'une part, vis-à-vis de sa consommation et d'autre part en ce qui concerne son insertion sociale et professionnelle.

51% des personnes sous traitement de méthadone bénéficient de la forme gélules. Le passage de la forme sirop à la forme gélules n'a à ce jour posé que peu de problèmes.

Nous avons enregistré cette année 33% de sorties du programme dont :
- *60% de leur propre initiative,*
- *15% qui ont été incarcérés*
- *12% qui sont devenus totalement abstinents, soit 3% de la file active globale méthadone.*
- *6% à qui l'équipe a demandé de sortir du programme,*
- *3% soit 1 personne, décédée,*
- *3% soit 1 personne, exclue définitivement de nos services pour actes de violence envers des membres de l'équipe, en l'occurrence répétés.*

b) Buprénorphine (hors file active pénitentiaire)

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*11*	*8*	*9*
Nombre d'hommes	*46*	*61*	*63*
Nouveaux patients	*17*	*23*	*20*
Nombre de relais	*-*	*-*	*1*
Nombre de patients délivrés en pharmacie de ville	*-*	*-*	*72*
Nombre de patients sortis du programme	*-*	*-*	*26*
- dont devenus abstinents	*-*	*-*	*2*
- dont, de leur propre initiative	*-*	*-*	*22*
- dont, à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*-*	*-*	*0*
- dont, orientés sous prescription méthadone	*-*	*-*	*0*
- dont, exclusion (violence)	*-*	*-*	*0*
- dont incarcération	*-*	*-*	*2*

Nous enregistrons un taux de croissance de 4%.
28% de la file active est composée de nouveaux patients.
36% des personnes sous traitement, sont sorties du programme au cours de l'année, dont :
- *85% de leur propre initiative.*
- *8% sont devenus abstinents.*
- *8% ont été incarcérés.*

Tous les patients suivis au centre qui bénéficient d'un traitement de substitution à la buprénorphine ont leur délivrance en pharmacie de ville. Néanmoins, dans certaines situations précaires, nous organisons, en lien avec le dispositif « Permanence d'Accès aux Soins de Santé » (PASS) de l'hôpital général de Creil une délivrance de « dépannage » à la pharmacie de l'hôpital, en attente de la régularisation de leur couverture sociale.

Nous observons que la grande majorité des patients ne bénéficie pas par ailleurs d'une prise en charge pluridisciplinaire et qu'un certain nombre d'entre eux ne sont pas suivis régulièrement. Ce constat doit nous amener à être davantage attentifs à ces situations. Notre vigilance doit être portée sur l'intégration de ces situations dans le dispositif d'accompagnement et de prise en charge du centre de soins.

c) *Méthadone « bas seuil »*

L'accessibilité aux traitements de substitution, en particulier, par la méthadone est aujourd'hui facilitée dans nos services. Au centre de soins de Creil, historiquement (en 1994) le premier et le seul service du département à offrir la possibilité d'un traitement de substitution par la méthadone, 72% des personnes accueillies et suivies ont été concernées par la prescription d'une substitution dont 66% par la substitution à la méthadone.
Néanmoins, l'accompagnement de ces patients, avec le recul possible aujourd'hui, nous permet de constater que les demandes de traitements et les motivations inhérentes ne sont pas toutes identiques…
En effet, certaines personnes déjà substituées « dans la rue » le plus souvent, peu motivées et fréquemment instables cherchent à obtenir une prescription uniquement dans la perspective de la gestion du manque et de la réduction des risques. Ces sollicitations, auxquelles nous sommes de plus en plus souvent confrontés, interrogent à nouveau nos pratiques. Des réponses en termes de modalités d'accueil et de suivi s'imposent !
Par ailleurs, devant la persistance des consommations et la réticence de certains patients à accepter le suivi proposé, une des options retenues jusqu'ici est la sortie de programme qui aboutit quand elle est menée à son terme, à un sevrage total de méthadone donc à l'exclusion du patient de la file active (sa réintégration restant toujours possible ultérieurement si une nouvelle demande était présentée). Face à ces constats, une pratique différente pourrait être envisagée à savoir, une politique de traitement par MSO bas seuil qui bien sûr nécessiterait une adaptation des méthodes de travail et des exigences envers les patients.

Comme indiqué en introduction, au fil des réunions hebdomadaires, l'équipe a éclairci sa réflexion au sujet de la mise en place éventuelle d'un tel dispositif. Elle a réalisé un protocole de prise en charge qui définit les grandes lignes du projet ainsi que la méthodologie d'accueil et d'accompagnement des patients potentiellement concernés.

Constitution de la file active

La procédure d'admission doit être simplifiée en comparaison de celle existant pour la prise en charge « traitement méthadone» que nous nommerons « haut seuil ».
Toute demande d'intégration dans le programme méthadone « bas seuil », sera prise en considération, sans exigence d'abstinence de consommations.

Modalités d'admission

- *Les patients sont vus sans rendez-vous, à la demande, par l'intervenant qui le reçoit.*
- *Une présentation des différents services du SATO est faite à cette occasion (remise de plaquettes et du livret d'accueil).*
- *La mise sous méthadone est conditionnée par la réalisation d'une analyse d'urines en particulier pour la recherche d'opiacés.*
- *Elle devient effective après consultation médicale (au maximum dans les 24h) pour déterminer la posologie initiale (maximum 60mg par jour et uniquement sous forme sirop).*
- *La signature préalable à l'admission d'un contrat précisant le règlement interne de la structure est obligatoire.*

Modalités de suivi

- *Les passages des patients sont quotidiens (à préciser les modalités pour le week-end).*
- *Le traitement est pris sur place devant l'infirmière (horaires de distribution à préciser).*
- *Sauf cas particuliers justifiés, le traitement n'est pas emporté pour plusieurs jours.*
- *L'absence à la distribution supérieure à 48h entraîne une diminution de facto de la posologie de 20 mg sans intervention médicale mais possibilité de réadaptation ultérieure. Une absence supérieure implique une réévaluation médicale.*
- *La durée de la prise en charge n'est pas limitée dans le temps.*
- *Lors du passage des patients, il leur est toujours signalé et rappelé qu'ils ont aussi la possibilité d'accès à un suivi psycho social. Cet aspect de la prise en charge restant à la demande du patient sans caractère obligatoire.*
- *Les bilans sérologiques (HVC, HVB, HIV) sont réalisés par les infirmières après accord du patient (couverture CMU, SS à jour).*

Procédure initiale

Dans un premier temps, d'une durée d'environ six mois, il s'agirait d'une expérimentation. La file active aurait donc une limite chiffrée. Le nombre d'inclusions devra être suffisant pour pouvoir en tirer des conclusions en particulier, statistiques. Durant cette période, aucun local spécifique ne sera attribué. L'organisation devra donc en être plus précise.

Points nécessitant une attention spécifique

- *La prise en charge dans un même lieu et aux mêmes horaires des deux types de file active (image présentée par la personne sous produit pour les patients en cours de traitement avec comme objectif l'abstinence) semble assez complexe à instaurer mais est sûrement source de richesse dans les échanges possibles dans ces conditions. La mise en place de réunions de groupe avec des usagers « haut seuil » et « bas seuil » favoriserait également ces échanges.*
- *Si la prise en charge bas seuil est réalisée sur un lieu spécifique, les échanges entre les deux groupes d'usagers sont difficiles mais la réponse à la demande spécifique bas seuil est plus facile et mieux ciblée. Dans ce cas de figure l'équipe accueillante serait porteuse de la possibilité d'orientation vers le mode traitement.*

- *La mise en place d'une prise en charge de patients dans un programme méthadone bas seuil fait évoquer la notion d'équipes suffisantes pour être fonctionnelles, quel que soit le lieu, pour la meilleure efficacité possible. Il est donc nécessaire de déterminer au préalable quelle serait la modalité retenue :*
    a) *affectation spécifique d'intervenants*
        - *sur le lieu destiné au bas seuil*
        - *au CSST dans une salle réservée à cet usage ?*
    b) *rotation du personnel en place pour assurer cette prise en charge ?*

Du fait de la précarité des patients, la possibilité de rencontrer une assistante sociale doit être envisagée.

P. *Tranches d'âge début toxicomanie*

Moins de 18 ans	*135*
18-24 ans	*101*
25-29 ans	*25*
30-34 ans	*3*
35-39 ans	*1*
40-44 ans	*0*
45-49 ans	*0*
50 ans et plus	*122*

35% des personnes déclarent avoir débuté leur consommation de drogue alors qu'elles étaient mineurs.
La majorité des consommations débuterait avant l'âge de 24 ans, pour 61% de la population rencontrée.
Ces indicateurs nous renseignent précieusement sur la nécessité d'engager de façon précoce des actions d'information et de prévention sur les risques encourus quant à l'usage de produits psycho-actifs.

Q. *Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables **

	1er produit le plus dommageable	***2ième produit le plus dommageable***	***3ième produit le plus dommageable***
Alcool	*13*	*36*	*23*
Tabac	*0*	*0*	*0*
Cannabis	*39*	*74*	*47*
Opiacés	*231*	*42*	*9*
Cocaïne et crack	*42*	*90*	*42*
Amphétamines, ecstasy, …	*1*	*6*	*21*
Médicaments psychotropes détournés	*4*	*9*	*12*
Traitement substitution détourné	*16*	*27*	*16*
Autres	*4*	*0*	*2*
Pas de produits	*0*	*22*	*16*
Non renseigné	*37*	*81*	*199*
Total** **(100% de la file active)	*387*	*387*	*387*

* *Pour les patients vus pour la première fois ou revus après interruption, il faut considérer les produits consommés les plus dommageables pour eux, dans les 30 derniers jours précédant le contact.*
Pour les patients déjà suivis, il faut considérer les derniers produits les plus dommageables consommés connus.
En l'absence de consommation dans les 30 derniers jours, il faut alors se référer au dernier produit le plus dommageable consommé.

Nous observons que 60% des toxicomanes qui se présentent au service sont des consommateurs d'opiacés, même si par ailleurs ils sont usagers aussi d'autres produits psycho-actifs.

Nous notons qu'entre le 1er et le 2ième produit le plus dommageable, le pourcentage d'usagers de cocaïne a doublé : de 11% à 23%.

R. *Evaluation du risque d'usage par rapport au produit N°1 (hors tabac) **

	Nombre de patients
En usage à risque	*28*
En usage nocif	*38*
En dépendance	*264*
Non renseigné	*57*

** Indiquez le nombre de patient qui, pour le produit N°1, ont une consommation classée.*

Plus de 68% de la file active globale est en risque de dépendance.

S. *Voie intraveineuse **

	Nombre patients
Ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	*49*
Ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (auparavant au dernier mois)	*101*
N'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse antérieurement	*222*
Non renseigné	*15*

** Mois précédent le contact pour les patients inconnus.*
Dernière situation connue pour les patients déjà suivis.

40% des personnes déclarent avoir déjà utilisé la voie intraveineuse dont, 33% lors du mois précédant leur venue.
60% utilisent d'autres modalités de consommation.

Modalité de consommation

	Nombre de patients
Injecté	*71*
Sniffé	*176*
Mangé/Bu	*31*
Fumé	*64*
Non renseigné	*45*

51% des toxicomanes déclarent consommer en « sniff ». Ce constat est corroboré par ce que l'on observe en milieu festif où très majoritairement les participants usagers de drogue utilisent cette modalité de consommation.

T. *Justice*

	2007	***2008***	***2009***
*Nombre de personnes suivies sous main de justice **	*203*	*171*	*117*
- dont obligation de soin	*13*	*17*	*19*
- dont contrôle judiciaire	*40*	*30*	*34*
- dont injonction thérapeutique	*21*	*13*	*21*
- dont travail d'intérêt général	*-*	*-*	*1*
- dont bracelet électronique	*-*	*5*	*4*
- dont autres (précisez)	*15*	*2*	*2*
- dont sursis mise à l'épreuve	*-*	*-*	*31*
- dont liberté conditionnelle	*-*	*-*	*5*
Nombre de personnes suives en incarcération	*114*	*104*	*88*
Sans objet	*172*	*211*	*166*
Non renseigné	*-*	*-*	*36*

** Une même personne peut assumer plusieurs mesures.*

30% des toxicomanes sont sous main de justice au moment où ils sont accueillis au service.
23% sont détenus, prévenus ou condamnés et rencontrés dans ce cadre.
43% des personnes reçues dans la structure n'ont pas, au moment de leur accueil, de difficultés judiciaires.

U. *Les orientations réalisées par le service*

	2007	***2008***	***2009***
Vers une postcure	*1*	*0*	*1*
Vers une communauté thérapeutique	*0*	*0*	*1*
Vers une hospitalisation spécialisée (hôpital psychiatrique)	*0*	*0*	*1*
Vers une hospitalisation en hôpital général	*0*	*0*	*0*
Vers un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	*0*	*0*	*0*
Vers autres (ATR,, familles d'accueil, etc.)	*3*	*7*	*3*

Pour la première fois cette année, nous avons tenté d'évaluer quantitativement les orientations préconisées par l'équipe en terme d'hospitalisation ou de structure d'hébergement spécialisé. Le logiciel que nous utilisons n'intègre pas cette rubrique. De ce fait, nous avons eu quelques difficultés pour renseigner ce tableau. Les quelques indications collectées et très certainement incomplètes, illustrent néanmoins, le peu d'adressages proposés.
Nous nous interrogeons sur la différence entre les besoins recensés tout au long de l'année et la réalité de ces données chiffrées. Nous devons pour les années prochaines porter plus d'attention à ce travail afin d'obtenir une lecture la plus proche possible de la réalité.

V. *Réduction des risques au centre de soins*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de kits distribués (pris ou remis)	*1886*	*2057*	*2244*
Nombre de stérifilts distribués (pris ou remis)	*nr*	*1506*	*1205*
Nombre de préservatifs distribués (pris ou remis)	*nr*	*645*	*1530*
Nombre de plaquettes d'information distribuées	*nr*	*nr*	*nr*
Nombre de seringues usagées récupérées	*2901*	*220*	*6553*
Nombre de récupérateurs individuels de seringues usagées distribués	*nr*	*nr*	*nr*

Nous enregistrons un taux de croissance du nombre de kits distribué de 9%. Les soucis techniques du Totem (automate, distributeur de kits installé proche du centre) expliquent peut-être en partie cette légère augmentation.
L'incroyable montée en flèche du nombre de seringues usagées récupérées ne se justifie que par une vigilance beaucoup plus accrue de l'équipe concernant l'enregistrement de cette donnée.

W. *Activités de groupe thérapeutiques**

Nombre de groupes	*8*
Nombre de réunions	*4*
Nombre de patients concernés	*32*

* *Sont considérés comme activité de groupe thérapeutique toutes les activités associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.*

Comme indiqué en introduction, des étudiantes ont proposé durant leur stage, aux usagers du service, des activités. Nous proposons de joindre leurs textes à ce rapport d'activité.

a) *Après-midi crêpes (Mlle Elodie BOUIS stagiaire éducatrice spécialisée)*

Le mardi 29 décembre, je mets en place une après-midi crêpes. Cette activité a pour objectif d'apporter aux patients un moment de convivialité au sein du centre de soin, en cette période de fêtes qui pour certains est synonyme de solitude.
Patients présents lors de l'activité : Enzo, Sulyvan, Mathieu, Pierre.
Membres de l'équipe présents: Marie, Joëlle, Elodie.
Pendant la préparation de la pâte à crêpes, Sulyvan me parle d'une activité cuisine à laquelle il participait auparavant. Il évoque un cahier dans lequel il écrivait des recettes. Il précise que cela fait un petit moment qu'il ne s'y est plus intéressé. L'activité a donc permis à Sulyvan de se remémorer ces instants passés et peut-être de lui redonner envie de reprendre son cahier et d'essayer ses recettes.
Une fois la préparation des crêpes terminée, nous nous asseyons autour de la table pour les déguster. Cet instant fut très convivial, chacun se partageant crêpes, café et autres boissons. Nous avons pu échanger sur divers sujets. Ainsi, Enzo nous parle de son travail à l'aéroport, il explique que pour lui, travailler pendant les fêtes est très bénéfique tout d'abord, d'un point de vue financier grâce aux jours fériés, mais également de par l'ambiance qui règne dans son couple (« moins je suis à la maison et mieux ça va. »). En effet, il exprime la difficulté de rester chez lui, de s'occuper. Il parle également du traitement de substitution, des rechutes qu'il a connues, qui, pour lui, constituent un échec.

J'ai trouvé ce moment très intéressant dans le sens où il est assez rare de voir Enzo rester un peu plus longtemps au sein du CSST, et se confier sur sa vie personnelle, sur ses consommations. Il est vrai que la présence de Sulyvan a participé au fait que Enzo reste puisqu'ils se connaissent très bien et passent du temps ensemble à l'extérieur. L'arrivée de Mathieu a également permis des échanges du fait qu'il connaissait également Sulyvan et Enzo et que cela faisait quelque temp qu'ils ne s'étaient pas rencontrés.

Lorsque Pierre arrive, les autres patients sont déjà partis. L'activité permet d'aborder avec lui différents sujets. Il se remémore les crêpes qu'il faisait lorsqu'il était enfant, avec son grand-père. Puis, nous parlons de cuisine, notamment de la façon de cuisiner les œufs pochés, Pierre se propose même d'apporter le matériel et de me montrer comment procéder. Il parle également des bons moments qu'il a passé la veille, avec un ami à qui il a rendu visite dans un squat. « On avait rien, mais on a bien rigolé! ».

S'en suit une discussion autour des fêtes, Noël. Pierre aurait dû le passer en famille auprès de ses parents et de sa sœur. Finalement il ne s'y est pas rendu, à cause de ses relations difficiles avec sa sœur. Il craint que les choses n'aient mal tourné car il n'a depuis pas eu de nouvelle ni de ses parents, ni de sa sœur. Il m'explique alors qu'il sait que sa sœur se met sérieusement en danger mais qu'il ne peut en parler clairement avec elle car elle lui reproche sa toxicomanie, il pense qu'il n'est pas légitime pour lui de parler avec elle de sa « destruction » alors que lui, en a fait autant. Je lui explique que, pour moi, au contraire, il a tout à fait le droit de lui en parler car, fort de son passé, de son expérience, il sait mieux que personne, dans quelle détresse elle se trouve, et peut, par conséquent, lui dire pourquoi il s'inquiète et pourquoi il ne veut pas qu'elle se retrouve dans la même situation que lui (le mensonge, l'isolement...).

Ensuite, Pierre m'explique qu'il a peur que ses parents pensent qu'il a rechuté du fait qu'il ne soit pas allé les voir pour Noël. Je lui conseille de leur téléphoner pour prendre des nouvelles, ce qu'il fait. Après cet appel, Pierre est apaisé car sa mère lui a dit qu'elle avait tout à fait compris la raison pour laquelle il n'était pas venu. Il décide de se rendre chez eux pour le réveillon du nouvel an.

Je pense avoir rempli les objectifs de cette activité. En effet, au travers de ce moment qui fut riche en convivialité, j'ai pu rencontrer les patients autrement, notamment Enzo qui se confie d'habitude peu. J'ai également pu aborder des sujets de discussion inhabituels comme, la cuisine, les souvenirs...

Par rapport à Pierre, j'ai trouvé cette activité valorisante pour lui, dans le sens où, il a pu m'apporter ses connaissances en matière de cuisine. Je l'ai senti investi dans cette activité, il a d'ailleurs été le seul à m'aider à nettoyer et ranger le matériel. Cette activité a permis d'engager une discussion de manière plus légère : moins d'enjeux, de tensions; et a offert la possibilité d'aborder les choses différemment. En effet, en venant participer à l'activité, le patient se permet un moment de détente au sein du centre de soin, il est alors plus à même de parler de sa prise en charge ou de tout autre sujet de manière plus positive que lorsqu'il y vient pour son traitement.

J'aimerais pouvoir reconduire cette activité, un mardi matin, pour pouvoir ainsi toucher d'autres patients.

b) Atelier Esthétique (Mlle Leslie GUIBERT, (stagiaire éducatrice spécialisée)

L'estime de soi semble être une des difficultés centrales des personnes toxicomanes, les femmes comme les hommes. Souvent stigmatisées et réduites à leur simple consommation de produits, elles montrent au quotidien la difficulté qu'elles éprouvent à s'aimer, à être et à

agir. C'est donc peut-être ici qu'un travail éducatif doit commencer : dans la remise en confiance de l'usager, dans la révélation de soi.

Les usagers que l'on rencontre ont souvent une faible estime d'eux-mêmes qui est due entre autre à une dégradation physique du fait de leur consommation, à la perte de leur emploi et/ou à une rupture familiale, et plus largement sociale. Ces personnes renoncent alors à repousser les limites, entreprendre des projets de peur de ne pas en être capables, ou encore parce qu'ils pensent qu'ils ne le méritent pas. Il est alors important de leur redonner confiance en eux et leur prouver que ce ne sont pas des incapables.

Ce travail sur l'estime de soi de la personne, lui redonner confiance en elle en passant par le soin de soi peut lui donner envie plus largement d'entreprendre de nouvelles démarches de soin et/ou administratives.

Le désir de réinsertion des personnes toxicomanes est souvent difficile à acquérir et quand celui-ci semble l'être, il reste encore un long travail au niveau personnel. En effet, la réinsertion passe avant tout par une reconquête de l'estime de soi, par une mise en confiance et une réhabilitation du corps car sans cela les démarches ou l'acquisition de nouvelles compétences sont vaines et l'usager risque un nouvel échec, la confiance que l'on a en nous jouant fortement sur notre réussite.

Ainsi, on peut dire que la restauration d'une image de soi positive aide les usagers à se réadapter socialement. Ils peuvent ainsi sortir de l'engrenage de leurs conduites d'échecs habituelles par la valorisation des réussites obtenues, la modification du regard de l'environnement sur eux.

L'atelier esthétique a débuté le 1er décembre 2009 et se terminera le 29 janvier 2010. Il a eu lieu trois mardis durant le mois de décembre et les vendredis au mois de janvier.

Je propose dans cet atelier des soins du visages (gommage, soin hydratant, etc.) et mets également en pratique des massages au niveau des zones hétérogènes du visage que j'ai découvertes au cours de techniques éducatives lors de ma première année de formation ; puis je distribue à la fin de la séance des échantillons de produits que j'e suis allée démarcher dans les parfumeries et enseignes esthétiques afin que les usagers reproduisent ces soins à leur domicile.

Au mois de décembre, huit personnes ont participé à l'atelier une ou plusieurs fois, d'autres ont pris des échantillons ou demandé des conseils, et certains ont seulement discuté à propos de l'estime de soi. Certaines personnes étaient également intéressées par l'atelier mais leur demande tardive, c'est-à-dire avant la fermeture du midi ou du soir, ne m'ont pas permis d'avoir suffisamment de temps pour leur faire les soins, ces derniers demandant environ 30 minutes.

Cet atelier a pour but premier d'apporter du plaisir et du bien-être à l'usager en lui procurant des soins et/ou des massages de relaxation au visage et aux mains. Ce moment permettra à l'usager de se détendre et de se retrouver dans une atmosphère plus sereine dans laquelle il se sentirait à son aise et pourrait alors se confier.

Ainsi, ce moment permettra peut-être à la personne « de vider son sac » et d'être plus détendue à la fin de la séance, autant physiquement que psychologiquement.

Je tiens mon atelier dans la partie de la salle d'accueil qui est la moins utilisée, ce qui permet à cet espace d'être dynamisé et investi de nouveau par les usagers. Nous avons mis des rideaux afin qu'il y ait une séparation entre l'espace où les personnes prennent le café et l'espace de l'atelier pour que les usagers ne soient pas à la vue de tout le monde et pour qu'il y ait un semblant d'intimité afin que les patients puissent se détendre au mieux. Tout est donc mis à disposition pour que l'atmosphère soit la plus calme et relaxante possible.

Bien qu'une personne ait émis quelques réserves au début de la séance, les autres participants ont tout de suite accepté les conditions, et sont allées jusqu'au bout.

J'ai pu constater au début de chaque séance que les usagers montraient des signes de stress ne se sentant pas très à l'aise, du fait qu'ils n'étaient sûrement pas habitués à ce qu'on leur procure de tels soins. Leurs mains et pieds étaient tendus, ils serraient les poings et me demandaient ce qu'ils devaient faire (fermer les yeux ou non, s'ils pouvaient parler, etc.). Leur corps au début crispé se dénouait peu à peu, tant par le relâchement des bras que du corps qui s'abandonnait dans le fauteuil.

Pour faciliter les conditions de relaxation, le silence est de mise durant les séances. En effet, alors que la plupart se prêtaient au jeu et acceptaient d'emblée les modalités de l'atelier, certains au contraire ressentaient le besoin de parler et de posaient des questions en début de séance afin de se rassurer.

J'essaie à chaque fin de séance et quand le temps s'y prête de faire un débriefing avec les usagers dans la salle d'accueil. Ainsi, ce moment me permet de reprendre ma place de stagiaire en formation éducatrice spécialisée et de casser la dynamique intime qui se serait installée durant la séance afin de rétablir une certaine distance et relation professionnelle avec l'usager.

J'ai eu également de grandes discussions avec des usagers qui se questionnaient sur le fondement et les bienfaits de cet atelier pour des usagers de drogue et après mûres réflexions ont compris et adhéré au projet même s'ils n'étaient pas forcément prêts pour y participer.

Pour conclure, j'ai senti une réelle adhésion et participation de la part des patients qui ont été ravis de cet atelier et du bienfait qu'il leur a procuré même, si celui-ci a été bref.

III. ANIMATIONS CULTURELLES

Dans la continuité des échanges entrepris ces dernières années autour de la dynamique culturelle, nous avons organisé deux expositions, en lien avec des intervenants de l' « Espace MATISSE ».
La dernière exposition « patchwork-mots-photos » a démarré fin décembre. Elle se poursuivra tout au long du premier trimestre 2010.
Nous allons revenir sur chacune d'entre elles, ainsi que sur les intérêts qu'ont pu trouver les artistes qui les ont animées.
Ils interviennent bénévolement. Leur objectif n'est pas seulement centré sur la « transmission » ou « l'enseignement » de leur discipline, mais aussi autour de l'échange, de

la découverte de ces « autres » personnes suivies en soins au centre, pour des problèmes d'addiction et usage de drogues.
Il nous faut donc distinguer l'exposition en tant que telle (durée de 2 à 3 mois) et les ateliers, à raison de 2 h/semaine sur 3 semaines.

Nous essaierons de réfléchir à la place de la culture au sens large (artistique ou autre expression de témoignage) dans un lieu comme un centre de soins spécialisés pour toxicomanes, de son rayonnement vers le public accueilli, l'entourage et de manière plus large, les partenaires extérieurs, les connaissances des uns et des autres ….

A. *L'exposition « DELIMITATIONS »*

L'artiste, Lola GRANELL est professeur d'art plastique à l' « Espace MATISSE » ; peintre et plasticienne, elle est nourrie par une série d'artistes catalans, à une époque militante où expression graphique et quête de l'humain étaient indissociables. Observatrice de notre actualité, Lola saisit l'art comme moyen de parler autrement, d'utiliser des matières telles que minéraux, papiers de toutes sortes, plastiques…
La série de tableaux qu'elle nous a prêtée, au cours du premier trimestre, relate ce regard d'actualité (la dégradation sociale, la crise dans laquelle notre société se trouve, générant des « délimitations » sociales, personnelles, de toutes sortes) et aussi des thèmes beaucoup plus intemporels, avec une réflexion sur l'avenir des êtres humains.

Au cours des trois séances d'animation, en mars/avril, Lola a proposé d'effectuer des collages sur support grand format de papier à dessin, pour ensuite les peindre, et éventuellement écrire des textes.
Comme d'habitude, il lui a fallu saisir les personnes à l'accueil parfois juste quelques minutes, parfois un peu plus longtemps, par petits groupes de 1 à 3 personnes.
Il est intéressant d'observer chez certains les talents d'exécution d'images parfois très naïves, exécutées avec des couleurs très vives et variées ; il y a eu aussi de l'entraide pour ceux qui n'arrivaient pas à matérialiser leur désir d'images.
Comme pour les autres animations précédentes, Lola a dû se mettre en situation de peindre elle-même pour permettre à la plupart des patients présents d'observer sans avoir à s'engager personnellement.

Nous avons clôturé cette exposition par un vernissage le 23 mai et nous avons encore été surpris du nombre de personnes différentes présentes pour cet événement.

B. *L'exposition « CALLIGRAPHIES »*

Les artistes Christiane HOURQUEBIE et Aline SALOMON ont créé leur propre association et exposent parfois en leur nom propre. Elles pratiquent l'art de la calligraphie depuis quelques années, alliant poésie et composition colorée.
Elles insistent l'une comme l'autre sur l'importance des outils, dont le calame (roseau taillé en pointe) et sur la lenteur du geste pour tracer le trait ou la forme recherchée.

Elles nous ont laissé leurs œuvres de août à novembre avec pour lecture des poèmes de René CHAR, Charles BAUDELAIRE ou même des références comme des événements majeurs de notre histoire …

Nous avons alterné nos ateliers avec chacune d'entre elles et, cette approche technique par la lenteur a parfois engendré des situations surprenantes et coquasses, certaines personnes ayant déjà réalisé leurs esquisses, le temps de l'explication et de l'utilisation des outils.
Beaucoup ont calligraphié le prénom de leurs enfants, esquissé de différentes façons leur propre prénom ; certains ayant l'habitude du « graph » de rue exécutaient leurs œuvres avec la rapidité nécessaire pour ne pas être repéré alors que la proposition se situait dans un tout autre contexte ; d'autres enfin sont partis de traits exécutés afin de former des formes abstraites.

Le contexte dans lequel les deux animatrices exerçaient leur activité était nouveau pour elles et il leur a fallu créer une autre approche, plutôt dans l'expectative, l'étonnement de ce que les personnes présentes pouvaient leur présenter ; d'habitude, les rôles sont inversés et ce sont plutôt les « élèves » qui sont en attente d'un enseignement ou outil technique.

Le vernissage a eu lieu le 23 octobre avec parfois les mêmes partenaires présents, aussi les artistes ayant déjà participé à nos expositions antérieures.

C. La place de la culture au centre de soins

L'émergence d'une présence artistique crée de nouveaux liens où l'imaginaire, la poésie permettent une meilleure connaissance de l'autre et de soi-même.
L'art trouve sa place dans une réorganisation du tissu social désorganisé, devient force de propositions.
Des expériences commencent à s'inscrire dans la répétition des événements ; nous pouvons nous souvenir de tel ou tel moment partagé, en parler avec humour et nous raconter des moments vécus en commun.
On s'identifie par la culture, on établit des formes d'échanges par des manières distinctes d'être, d'agir et de communiquer.
La pratique artistique en est une de ces formes.

PERSPECTIVES

Chaque exposition amène de nouvelles possibilités de travail et d'échanges. Actuellement, nous terminons l'année avec une association de mots, photos et patchwork.

IV. BILAN DE L'ACTIVITE MENEE AU CENTRE PENITENTIAIRE DE LIANCOURT

Cette action a débuté en décembre 2004.
A ce jour, 409 personnes, prévenues ou condamnées ont été rencontrées.

A. *Analyse clinique de l'activité*

a) *Données chiffrées*

	Nombre de personnes rencontrées	***Lieux incarcération***	***Origine géographique***	***Nouvelles personnes***
Janvier	*07*	*MA =4/CD = 3*	*Oise = 6*	*1*
Février	*11*	*MA = 6/CD = 5*	*Oise = 5*	*4*
Mars	*9*	*MA = 6/CD = 3*	*Oise = 4*	*3*
Avril	*8*	*MA = 8*	*Oise = 6*	*6*
Mai	*4*	*MA = 2/QM = 2*	*Oise = 4*	*4*
Juin	*9*	*MA = 3/CD = 6*	*Oise = 6*	*5*
Juillet	*4*	*MA = 2/CD=2*	*Oise = 2*	*3*
Août	*4*	*MA = 4*	*Oise = 3*	*4*
Septembre	*7*	*MA = 5/CD = 2*	*0ise = 5*	*5*
Octobre	*9*	*MA = 8/CD = 1*	*Oise = 7*	*8*
Novembre	*9*	*MA = 2/CD =7*	*Oise =3*	*7*
Décembre	*7*	*MA = 3/CD =4*	*Oise = 1*	*6*
TOTAL	***88***	***MA=53 /CD=33/QM =2***	***Oise = 52***	***56***

MA *= Maison d'arrêt*
CD *= Centre de détention*
QM*= Quartier Mineurs*

Le taux de renouvellement est de 63% (73% en 2008).

60% (53) de la population a été rencontrée en maison d'arrêt, soit 10% de moins qu'en 2008.
38% (33) en centres de détention, soit 9% de plus que l'année dernière.
2% de la file active est constituée de détenus mineurs.

59% (52) des détenus rencontrés sont originaires du département de l'Oise (62,5% en 2008).

234 actes ont été dispensés auprès de cette population (246 actes réalisés en 2008).

b) *Lecture des statistiques*

Nous enregistrons une baisse de la file active de 15,5% mais, en revanche, le nombre d'actes reste quasi identique. Certains suivis ont en effet nécessité un nombre d'acte plus important que la moyenne.

Les produits psycho-actifs consommés

- *47% (41) des détenus sont dépendants des opiacés (52% en 2008).*
- *23% (20) des détenus sont des consommateurs de cocaïne ou crack (15% en 2008). L'augmentation de 8%, semble être une conséquence de ce que nous observons par ailleurs sur la montée de ce type de consommation (soirées festives, travail de rue, programmes de substitution)*

- *6,5% (6) des détenus sont des alcoolo-dépendants (12,5% en 2008). Ils sont réorientés en interne vers les équipes spécialisées. Nous notons que ces indications diminuent depuis l'intervention régulière d'une intervenante spécialisée en alcoologie.*
- *22% des détenus rencontrés sont en difficultés avec le cannabis pendant leur incarcération.*

Les traitements de substitution

36% (32) des personnes rencontrées sont sous traitement de substitution à la méthadone (31% en 2008.
22% (19) des personnes rencontrées sont sous traitement de substitution à la Buprénorphine Haut Dosage (24% en 2008).

L'état de santé

Nous précisons que les données chiffrées indiquées sont recueillies essentiellement sur du déclaratif et que le taux de renseignement est de 100%.

92% (81) des personnes ont effectué un test de dépistage VIH (90%- en 2008)
Parmi elles :
- *82% (72) se déclarent séronégatives (83%- en 2008)*
- *10% (9) sont attente ou ignorent les résultats (8%- en 2008)*
- *Aucune personne ne déclare être séropositive comme en 2008.*

92% (81) des personnes ont effectué un test de dépistage VHC (90% en 2008)
Parmi elles :
- *18% (16) se déclarent séropositives (Idem en 2008)*
- *62% (55) se déclarent séronégatives (64% en 2008)*
- *11% (10) sont en attente ou ignorent leur résultat (8% - en 2008)*

B. <u>Expertise de l'action</u>

Afin d'évaluer le travail entrepris depuis cinq années auprès des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Liancourt, nous avons mené une étude, limitée aux détenus résidants dans l'Oise avec pour objectifs de quantifier et de repérer le nombre de personnes qui ont bénéficié, après la détention, d'une orientation ou d'un suivi dans l'un de nos services.

Du 01/01/2005 au 31/12/2009), l'intervenant attaché à ce travail a rencontré 409 personnes dont, 158 (39%) qui résident dans le département.

A l'aide du logiciel Pro-G-Dis, utilisé par l'ensemble des équipes de l'association, nous avons croisé (sur 5 ans) cette file active avec celles des différentes structures du SATO (hors résidentiel). Ce travail a permis de repérer que, 122 détenus (77%) ont été, à un moment donné, pris en charge dans l'un de ces services.
- *Pour 59 d'entre eux, (48%), ils ont été orientés du Centre pénitentiaire vers nos services spécialisés pour une première prise en charge. Précisons qu'ils n'avaient jamais été auparavant rencontrés par nos équipes.*
- *Pour 38 d'entre eux (31%), nous observons qu'ils ont déjà été en contact, avant incarcération, avec les équipes du SATO. Grâce au travail de collaboration et de*

partenariat et à la prise en charge engagée pendant leur détention, ils bénéficient, à leur sortie, d'une continuité ou d'une reprise de soins.

- *16 personnes (13%) sont toujours à ce jour incarcérées et suivies.*
- *8(7%) sont sorties d'incarcération sans que nous n'ayons d'informations sur leur devenir.*
- *1 personne a été orientée en communauté thérapeutique, dans le sud de la France où elle s'est d'ailleurs installée.*

Restent les 36 personnes (23%) qui ont été rencontrées uniquement au centre pénitentiaire. Elles présentent une problématique alcoolique ou sont des revendeurs non consommateurs ou des usagers de cannabis au sujet desquels d'ailleurs, il est particulièrement difficile d'organiser et de mettre en oeuvre les préconisations d'orientations. Elles n'apparaissent pas dans les files actives des services du SATO.

En conclusion, à la lecture de ces données chiffrées, nous observons que 79% de la file active concernée par notre champ de compétence, a contacté, à sa libération, nos services spécialisés. Nous nous félicitons de ces résultats. En effet, elles vont ainsi bénéficier d'une continuité de la prise en charge médicale, étayée le cas échéant par un soutien socio éducatif et psychologique qui va les soulager des difficultés qu'ils rencontrent souvent à leur sortie d'incarcération. La prise en charge ainsi proposée participe pleinement au processus de réinsertion de personnes sortant de prison.
Nous affirmons que le temps de l'incarcération n'est pas le temps de la résolution des problèmes d'addiction. Les multi récidives le démontrent et l'attestent. Cette période peut au mieux aider à l'élaboration et à la compréhension de la nécessité d'un soin qui se construira dans la durée au sein du milieu naturel.

V. ACTIVITE TOXICOMANIE A L'HOPITAL DE CREIL

A. Données chiffrées

Les chiffres obtenus lors de la réalisation du bilan d'activité concernant la toxicologie sur le site de l'hôpital Laennec de Creil, se composent des éléments suivants :
Les patients vus sont au nombre de 73 dont : 57 hommes et 16 femmes soit, respectivement 78% et 22% de la file active.
17 patients ont été vus lors de leur hospitalisation et 56 en consultation externe.
Le nombre d'actes correspondant sur l'année 2009 a été de 110 dont 79 aux consultations externes, 25 dans les services hospitaliers et 6 au service d'accueil d'urgence.
24 rendez-vous n'ont pas été honorés.

Tranches d'âge

Moins de 20 ans	*2 (3%)*
20-29 ans	*19 (26%)*
30-39 ans	*30 (41%)*
40-49 ans	*21 (29%)*
50-59 ans	*1 (1%)*

Motifs de la consultation

Sevrage	*8 (11%)*
Substitution	*42 (58%)*
Intoxication aigue	*4 (5,5%)*
Problèmes somatiques	*14 (19%)*
Problèmes psychologiques	*1 (1%)*
Autres	*4 (5,5%)*

Origine de la prise en charge

Service Accueil d'Urgence	*3 (4%)*
Services	*14 (19%)*
Médecine de ville	*5 (7%)*
Centre de soins spécialisés pour toxicomanes	*40 (55%)*
Services justice	*2 (3%)*
Démarche personnelle	*2 (3%)*
A l'initiative de la famille	*6 (8%)*
Autres	*1 (1%)*

Produits à traiter

Opiacés	*47 (64%)*
Alcool	*5 (7%)*
Tabac	*1 (1,5%)*
Médicaments	*2 (3%)*
Buprénorphine hors prescription	*6 (8%)*
Méthadone hors prescription	*2 (3%)*
Cannabis	*7 (9,5%)*
Autres	*3 (4%)*

Produits consommés

Opiacés	*57*
Cocaïne	*6*
Alcool	*18*
Tabac	*49*
Médicaments	*5*
Buprénorphine hors prescription	*9*
Méthadone hors prescription	*6*
Amphétamines	*2*
Cannabis	*44*
Aucun	*6*

Traitements de substitution pour

N = 47 soit, 64% de la file active dont, 12 initialisations soit 16%.

	Méthadone	*Subutex*
Première fois	*2**	*10*
Suivi	*17*	*18*

** 1 initialisation en milieu hospitalier et1 en ambulatoire*

Traitements autres

- *14 patients ont bénéficié d'une mise en place thérapeutique autre que la substitution soit, 19% de la file active.*
- *4 patients suivis pour des problèmes divers, hors addiction (5%) dont 2 pour suivi de leur protocole de traitement de l'HVC.*
- *1 patient n'a pas eu de prescription, son histoire médicale étant stabilisée lors de la consultation.*

Sevrages

N = 8 soit, 11% de la file active.
3 ont eu lieu en hospitalisation (4% de la file active).

Héroïne/Opiacés	*Buprénorphine*	*Alcool*	*Cannabis*
Hôpital	*Hôpital*	*Hôpital*	*Extérieur*
1	*1*	*1*	*5*

Patients hospitalisés = 17 (23%) dont 3 au service d'Accueil d'Urgence soit, 18% des patients hospitalisés.

Patients externes = 56 (77%).

B. Commentaires

L'étude de ce bilan permet de noter que :

Contrairement à ce qui est constaté au CSST SATO Picardie de Creil, la file active des patients vus à l'hôpital est en nette diminution par rapport à celle de 2008. A savoir un fléchissement de 15% (patients = 73 en 2009/86 en 2008) correspondant en nombre d'actes internes et externes confondus à une diminution de 36% (actes = 110 en 2009/171 en 2008. Les rendez-vous non honorés ont par contre été en augmentation soit 24 en 2009 pour 18 en 2008.
Les raisons de cet état de fait sont à analyser. Il peut être évoqué une meilleure prévention et donc un meilleur accompagnement des conduites à risques aboutissant à une réduction des passages à l'addiction. L'évolution constatée au SATO ne corrobore pas complètement cette hypothèse, en particulier du fait de la même localisation géographique. Un autre élément non négligeable est représenté par le manque de connaissance des différents services hospitaliers quant à la possibilité d'avoir recours à un référent en toxicologie pour les patients en

particulier lors de leur hospitalisation. Remédier à cette situation permettrait sans aucun doute d'assurer un suivi plus précis de certains patients.

La tranche d'âge des 20-39 ans représente 67% de la file active soit les 2/3.

Pour les 17 patients (23% de la F.A.) vus au cours de leur hospitalisation, les consultations ont eu lieu à la demande de :
- *SAU pour 3 d'entre eux (18% des patients hospitalisés)*
- *HEG pour 10 d'entre eux (59% des patients hospitalisés)*
- *5° pour 2 (12% des patients hospitalisés)*
- *Cardiologie pour 2 (12% des patients hospitalisés)*

Hors SAU donti les demandes ont été nettement inférieures à celles de 2008, on note aussi une diminution d'appels des différents autres services. Problème d'information ?

Les 56 patients vus en consultations externes représentent 77% de la file active.
L'origine est variée mais une prédominance constante est notée quant à l'adressage par le CSST de Creil (55% FA). Ce qui confirme une nouvelle fois l'efficacité de la collaboration de cette structure avec l'hôpital où les actes techniques sont prédominants, l'accompagnement pluridisciplinaire étant assuré par le SATO où sont effectuées la plupart des initialisations et des suivis de traitement par méthadone.
19% ont été vus sur la demande des différents services d'hospitalisation. Plus précisément :
- *HGE pour 10 patients.*
- *Maladies infectieuses pour 2 patients.*
- *cardiologie pour 2 patients.*

4% sur la demande du SAU (6% en 2008).
8% sur la demande des familles. Dans ce cadre, les demandes de sevrage de cannabis ont été les plus marquées.
7% à la demande des médecins traitants.
3% sur injonction de justice.
3% avaient une démarche personnelle.

Pour les 17 patients hospitalisés (23% de la F.A.) les consultations ont eu lieu à la demande de :
- *SAU pour 3 d'entre eux soit 18% des patients hospitalisés.*
- *HGE pour 10 personnes soit 59% des patients hospitalisés.*
- *5° pour 2 personnes soit 12% des patients hospitalisés.*
- *Cardiologie pour 2 personnes soit 12% des patients hospitalisés.*

Enfin pour 20 patients, il s'agissait d'une première prise de contact avec un intervenant en toxicologie. Ils représentent 27% de la file active.

La demande de traitement de substitution concernait 47 patients (64% de la file active) soit un pourcentage sensiblement supérieur à celui de 2008 qui était de 50%.
Dans le cadre des TSO, l'initialisation en a été réalisée pour 12 patients (16% de la file active) répartis en :

- *2 mises sous méthadone dont une lors d'un séjour hospitalier motivé par un problème de santé sans rapport avec l'addiction ; situation qui illustre bien l'importance de la vigilance des différents services quant à la dépendance possible des patients.*

- *10 mises sous Brupénorphine Haut Dosage, les rendez-vous médicaux étant alors rapprochés soit au minimum 2 par semaine pendant 2 semaines afin d'ajuster au mieux la posologie de chaque patient.*

A noter que dans tous les cas d'initialisation, conformément aux dispositions légales, une analyse d'urines à la recherche d'opiacés a été réalisée au laboratoire de l'hôpital.

La demande de sevrage par 8 patients (11% de la file active) est en diminution de 50% par rapport à 2008 :

- *3 sevrages réalisés en hospitalisation concernaient l'alcool pour l'un d'eux, l'héroïne pour un deuxième et le cannabis pour le dernier.*
- *5 sevrages concernant le cannabis ont été réalisés en ambulatoire.*

Certaines demandes de sevrage qui n'ont pu être honorées à l'hôpital Laennec du fait du manque de place et en attendant une disponibilité sur un autre site hospitalier, ont été gérées différemment à savoir prolongation avec diminution du traitement de substitution en cours lorsque celui-ci était l'objet du sevrage ou mise sous Buprénorphine Haut Dosage à posologie minimale afin de mettre au mieux à l'abri des consommations (patients choisissant l'abstinence), pour attendre la prise en charge hospitalière.

Les poly consommations restent constantes et représentent un habitus de vie préoccupant pour les usagers de drogues. Les difficultés sont constantes au quotidien pour les patients et se retrouvent lorsqu'ils accèdent à une prise en charge thérapeutique; des incompatibilités existant dans l'association traitement et produits psycho actifs.

Le tabac et le cannabis sont des produits largement utilisés par la majorité des patients à savoir 67 et 60% d'entre eux. L'héroïne et l'alcool viennent ensuite avec 45 et 25% d'utilisateurs.

L'utilisation hors prescription des TSO est fréquente (11% des demandes de prise en charge) et devient un problème de santé publique avec apparition d'addiction aux opiacés via les TSO sans jamais avoir consommé d'héroïne. La vigilance par rapport à ce mode de demande de traitement doit donc être accrue et nécessite outre un contrôle urinaire obligatoire à la recherche d'opiacés /de buprénorphine/de méthadone, un interrogatoire précis concernant l'origine de l'obtention de la molécule et le mode de prise (orale, injection, snif ?).

Au total :

La demande de traitement de substitution aux opiacés reste le motif principal de la prise de contact des patients. Par rapport à 2008, elle reste stable en chiffre absolu mais en pourcentage a augmenté sur le total de la file active 26% ont eu de la méthadone (25,6% en 2008) et 38% de la buprénorphine (37% en 2008). Cette prédominance de prescription est liée en partie au profil des patients qui ont une insertion sociale (travail, famille) stable et donc ne nécessitent pas l'accompagnement psycho social systématique qui est proposé au SATO. On peut également évoquer le fait que l'initialisation du traitement par buprénorphine est moins contraignante que celle de la méthadone. Cet aspect est souvent un élément de choix pour les patients qui ont une activité professionnelle et qui ne sont pas injecteurs. Quant aux poly consommations, elles sont une difficulté supplémentaire dans la prise en charge soit de l'ordre du sevrage ou du traitement de substitution.

La diminution des prises en charges, outre les éléments envisagés plus haut, peut aussi avoir un rapport avec la représentation de l'hôpital dans l'esprit des patients : lieu où le public est nombreux, peur des délais trop longs avant d'avoir un rendez-vous, crainte de l'attente le

jour de la consultation. L'effort sur l'information doit donc être accentué tant en interne qu'en externe.

Enfin, le principe de collaboration entre le SATO et l'hôpital d'une part et entre les services hospitaliers et le toxicologue d'autre part (quand celle-ci peut avoir lieu) est toujours une source d'amélioration du suivi des patients et donc de l'efficacité thérapeutique pour eux.

Le 4 mars 2010

Docteur Sylvie SUQUET

LE CENTRE DE COMPIEGNE

VI. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives*
- *B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009*
- *C. Commentaires*

VII. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Répartition par sexe*
- *B. Tranche d'âge*
- *C. Moyenne d'âge*
- *D. Origine géographique*
- *E. Statut matrimonial*
- *F. Nombre d'enfants*
- *G. Logement*
- *H. Situation professionnelle*
- *I. Origine principale des ressources*
- *J. Origine de la demande*
- *K. Couverture sociale*
  - *Texte « La précarité des usagers accueillis au service » (J.LIBRIN)*
- *L. Etat de santé des patients*
- *M. Les sevrages*
- *N. Traitements de substitution*
- *O. File active des patients substitués suivis au service*
  - *a) Méthadone*
  - *b) Buprénorphine*
- *P. Tranche d'âge début toxicomanie*
- *Q. Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables*
- *R. Evaluation du risque d'usage par rapport au produit N°1*
- *S. Voie intraveineuse*
- *T. Modalité de consommation*
- *U. Justice*
- *V. Les orientations réalisées par le service*
- *W. Réduction des Risques au centre de soins*
  - *Texte « Réduction des risques au sein du CSST (A.LEGRAND)*
- *X. Activité de groupe thérapeutique*
- *Y. Activité « formation » auprès des partenaires*

VIII. TEXTES

- *A. Les personnes âgées qui consomment du cannabis (P.HACHET)*
- *B. En2009, l'équipe du CSST de Compiègne a publié…*

Membres de l'équipe

Mr Jocelyn LIBRIN-Chef de service (0,5 ETP).
Mlle Martine BRUYER-Assistante de service social (0,25 ETP).
Me Laure BONVALET-Infirmière (0,5 ETP).
Me Laure BROCHENIN-Infirmière (0,5ETP) du 01/01 au 31/08/2009.
Me Cécile DESSEQUELLES-Infirmière (0,5 ETP) arrivée le 01/12/2009.
Me Christine VASSEUR-Médecin généraliste (0,5 ETP).
Me Adeline LEGRAND-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Me Béatrice KOPERSKI-Pharmacienne (0,06 ETP).
Mr Pascal HACHET-Psychologue (0,5 ETP).
Mr Pascal ROSIER-Educateur spécialisé (1 ETP).

Stagiaires

Formation Educateur Spécialisé

Melle Hélène ROUX-IRFFE Amiens.
Melle Sandra PELET DU PLANTY-IRFFE Amiens.
Mme Cécile DAPONT-IRTS Paris.

Formation Infirmier

Melle Clara GUERIN-IFSI Compiègne.
Melle Charlotte POTTIER-IFSI Compiègne.
Mr Samuel CARON -IFSI Compiègne.
Melle Marie AYDAT-IFSI Compiègne.
Melle Perrine MORENCHI-IFSI Soissons.
Melle Auriane DINOIRE-IFSI Compiègne.
Melle Christelle BINET-IFSI Compiègne.
Melle Leslie CAPELLI -IFSI Compiègne.
Mr Tony MENANT-IFSI Compiègne.

INTRODUCTION

Au cours de l'année 2009, la file active des patients a continué d'augmenter, en particulier du fait de l'éloignement des autres centres de soins spécialisés de la région.

Une de nos deux infirmières a quitté le service, cet été. La nouvelle infirmière a pris ses fonctions début décembre.
La « régularisation » de la situation médicale de nombreux héroïnomanes qui consommaient jusqu'alors de la méthadone achetée dans la rue rend désormais urgent d'envisager de mettre en place une initialisation plus rapide et moins contraignante (bas seuil) de traitements méthadone pour certains usagers.

La situation de nos usagers en grande précarité demeure préoccupante. L'absence d'hébergement stable et salubre (surtout s'ils ont un animal de compagnie) rend plus difficile

leur inscription dans un cursus de soins. Nous développerons plus avant les difficultés liées à la prise en charge des personnes qui ont déjà connu une situation similaire.
En 2009, nous avons « peaufiné » nos orientations vers les structures CHRS et Maison Relais de Compiègne, qui examinent soigneusement les demandes que formulent nos usagers en grande précarité.
Les patients qui accèdent à ces structures sont davantage acteurs de leurs soins, dont ils respectent mieux les modalités « contractuelles ». Notre équipe accorde une vigilance particulière à l'évolution de ces personnes. Ainsi, les éducateurs du CSST les accompagnent régulièrement dans leurs démarches de formation professionnelle, voire de recherche directe d'emploi. Provoquer un sursaut remobilisateur chez des sujets confrontés au jour le jour à des questions élémentaires de survie matérielle (manger, trouver un endroit « sécurisé pour dormir) nécessite un investissement considérable.

Les orientations vers les postcures se sont poursuivies (les traitements de substitution ne stabilisent pas tous les usagers…). Ce type d'hébergement spécialisé convient aux personnes qui, outre une situation de désarrimage social, ont besoin d'une contenance psycho-éducative maximale. Mais se « transplanter » corps et âme dans un espace et un temps nouveaux ne s'effectue pas sans crainte : au moment d'entrer en postcure, certains usagers ont « découvert » qu'ils n'étaient pas encore prêts à quitter leur environnement familial et amical (même nocif !).

Certains usagers du CSST font acte de candidature spontanée auprès de notre service d'Appartements Thérapeutiques Relais. La motivation principale de ces personnes est la recherche d'un hébergement.

Nous avons organisé deux réunions de conseil de vie sociale en 2009. Ces rencontres sont conviviales (partage d'un repas). A chaque réunion, un usager est désigné par ses pairs pour rédiger un compte-rendu, qui est ensuite affiché dans la salle d'accueil. L'objectif de ces rencontres est multiple :

- Débattre de différents aspects (techniques) des prises en charge en général (le traitement et ses difficultés, les activités proposées à l'ensemble au CSST, les problèmes rencontrés pour honorer les rendez-vous, les échanges avec l'équipe sur les recherches de logement et d'emploi, les démarches pour trouver une postcure, l'utilisation de la boite à idées, l'aide à la recherche de stage de formation, les échanges de seringues).

- Permettre aux participants de mettre des mots sur les « temps forts », parfois douloureux, qu'ils ont vécus au CSST au cours des mois précédents (lors d'un bilan, de la mise en place d'un relais en pharmacie, d'un départ en vacances).

A l'automne 2009, une éducatrice stagiaire a mis en place (dans le cadre de l'élaboration de son dossier de formation) un atelier d'expression. Animé avec efficacité, cet atelier a connu un certain « succès ». Cette activité a été rapidement « repérée » par les usagers, qui ont placé une certaine confiance dans l'animatrice en exprimant leur souhait de s'inscrire dans une réalisation collective non ponctuelle. Certains participants ont fait preuve d'assiduité. Par contre, comme nous l'observons pour nos ateliers de yoga, si d'autres usagers ont adhéré spontanément à l'idée du projet, au moment de s'engager ils n'ont pas donné suite… D'une façon générale, l'intégration de plusieurs personnes dans une activité simultanée n'est pas facile. De plus, les participants ont besoin que l'activité ne se déroule pas sur une durée trop importante, afin d'éviter le découragement. Cette expérience globalement encourageante nous a donné envie de la renouveler, en tenant compte des suggestions de l'ensemble des usagers, de façon à la rendre attractive et accessible à un maximum de personnes.

- Par ailleurs, nous observons une grande capacité de certains usagers à manifester une réelle envie de se soigner dans la durée. Ils ont besoin pour cela d'être valorisés. Le fait de les encourager quand il n'y a pas de consommation et qu'ils respectent leurs rendez-vous pérennise en retour la stabilité de leur prise en charge.

Concernant l'Antenne de Noyon, outre le suivi des usagers du CSST de Compiègne dans les locaux de l'hôpital, l'équipe continue son travail en direction des personnes hospitalisées pour un sevrage.

Il en est de même pour les jeunes qui ont besoin de parler de leurs difficultés de faire la démarche pour rencontrer l'équipe à la Mission Locale.
Le partenariat avec les différentes structures de la ville se développe normalement.

Jocelyn LIBRIN
Chef de Service

I. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Tableau comparatif des files actives 2007-2008-2009

	2007	***2008***	***2009***
File active usagers	*338*	*355*	*423*
Nombre de patients vu au moins une fois	*338*	*355*	*423*
- dont nombre de patients vu une seule fois	*71*	*65*	*63*
- dont nombre nouveaux usagers	*155*	*207*	*226*
File active entourage	*16*	*34*	*37*
- dont nombre nouvelles personnes	*14*	*28*	*31*
Total file active	***354***	***389***	***460***

B. Les actes honorés Comparatif 2007-2008-2009

	2007	***2008***	***2009***
Actes médicaux	*553*	*749*	*1495*
Actes infirmiers (tous confondus)	*5183*	*6657*	*5480*
Actes psychologiques	*356*	*414*	*336*
*Actes sociaux-éducatif****	*1400*	*1405*	*1514*
Actes réalisés en incarcération	*118*	*120*	*163*
*Actes-accueil**	*2215*	*1858*	*1950*
*Actes réalisés auprès de l'entourage***	*31*	*49*	*56*
Total des actes	***9856***	***11252***	***10994***

** Les actes-accueil comptabilisent les passages quotidiens des personnes reçues au service et accueillies par les différents membres de l'équipe (usagers, patients réguliers, accompagnateurs, entourage/famille, etc.)*

*** Il s'agit de comptabiliser les entretiens réalisés auprès de l'entourage (parents, conjoints, enfants, etc.)*

**** Dont 165 actes réalisés par l'assistante sociale auprès de 61 usagers.*

C. Commentaires

Nous enregistrons une augmentation de 19% de la file active usagers. Cela s'explique en partie, par le fait que nous avons, cette année, intégré l'activité de Noyon à l'activité du CSST de Compiègne.
L'activité de Noyon correspond à 8% de la file active globale.
Le taux de renouvellement de la file active usagers est de 53%.
Nous observons une stabilité au niveau de la file active entourage. Celle-ci, est uniquement composée de personnes vues en entretien. N'est pas comptabilisé, l'entourage (parents, amis, enfants, etc.) qui accompagne parfois les usagers.

Nous enregistrons une légère baisse du total des actes ; Plus en détail :

- *Actes médicaux*

Le taux de croissance des actes médicaux est de 100%. Les rendez vous avec le médecin sont plus réguliers et plus systématiques. En effet, chaque usager est dans l'obligation de rencontrer le médecin à chaque remise d'ordonnance.

- *Actes éducatif*

Le taux de croissance des actes éducatifs est de 8%. Cette augmentation est due à l'activité enregistrée sur la ville de Noyon. En effet, nous proposons aux usagers de la région Noyonnaise de les recevoir dans nos bureaux, à l'hôpital ou à la mission locale ; cela leur évite des déplacements parfois compliqués. Cette activité « de proximité », nous amène aussi à recevoir en premier contact, des usagers qui, le cas échéant, peuvent ensuite engager une démarche de soins au CSST de Compiègne.

- *Actes infirmiers*

Le départ d'une des infirmières a entraîné quelques modifications dans la prise en charge des usagers et la distribution du traitement méthadone. Cela explique la diminution de 18% des actes enregistrés cette année.

- *Actes psychologiques*

Nous observons une baisse de 19% des actes réalisés par le psychologue. Nous enregistrons de nombreuses demandes de rendez-vous qui ne sont pas honorés. La principale demande des personnes reçues au service concerne la prise en charge médicale (traitement). Un travail est réalisé pour faire comprendre aux patients, que le soin ne s'arrête pas uniquement au traitement de substitution.

- *Actes maison d'arrêt*

Nous notons un taux de croissance de 36% concernant les actes réalisés en incarcération.
Les demandes sont de plus en plus nombreuses. Il semblerait qu'il y ait plus de personnes mises sous mandat de dépôt ou qui exécutent des peines de courtes durées. Cette situation provoque, de fait, plus de renouvellement.

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. *Répartition par sexe*

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*63*	*75*	*68*
Hommes	*275*	*280*	*355*
Total	***338***	***355***	***423***

La présence des femmes représente 16% de la file active. Nous observons d'ailleurs une baisse de 9% par rapport à l'année 2008 au profit, d'une hausse de 26% de la représentation masculine.

B. *Tranches d'âge*

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 18 ans	*0*	*2*	*5*
18-24 ans	*69*	*81*	*120*
25-29 ans	*90*	*91*	*105*
30-39 ans	*137*	*136*	*137*
40-49 ans	*40*	*40*	*45*
50-59 ans	*2*	*5*	*6*
60 et plus			
Non renseigné	*16*	*34*	*5*

C. *Moyenne d'âge*

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*30*	*30*	*30*
Hommes	*32*	*31*	*30*
Générale	*31*	*30,5*	*30*

Depuis ces trois dernières années, nous observons un rajeunissement de l'âge moyen des hommes.

D. *Origine géographique*

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*335*	*345*	*417*
- dont originaires du département	*333*	*343*	*409*
- dont originaires de la ville d'implantation du service	*151*	*160*	*150*
En provenance d'autres régions	*3*	*8*	*3*
Non renseigné	*18*	*36*	*3*

36% des personnes accueillies au centre de soins sont originaires de la ville d'implantation du service. L'énorme majorité de la file active est issue du département.

E. Statut matrimonial

	2007	***2008***	***2009***
Célibataire	*201*	*228*	*261*
Union libre	*80*	*81*	*109*
Marié	*20*	*11*	*22*
Séparé	*23*	*22*	*14*
Divorcé	*1*	*2*	*5*
Veuf (e)	*0*	*0*	*0*
Non renseigné	*29*	*45*	*12*

F. Nombre d'enfants

	A charge	*Non à charge*
Un	*53*	*19*
Deux	*32*	*11*
Trois	*7*	*1*
Quatre et plus	*6*	*0*
Non renseigné	*11*	*-*

G. Logement

	2007	***2008***	***2009***
Indépendant	*107*	*114*	*133*
Stable en famille	*129*	*140*	*172*
Provisoire ou précaire	*55*	*62*	*66*
SDF	*4*	*9*	*10*
Etablissement pénitentiaire	*37*	*27*	*37*
Non renseign2	*22*	*37*	*5*

H. Situation professionnelle

	2007	***2008***	***2009***
Ont un emploi	*140*	*144*	*181*
- dont CDI	*56*	*62*	*89*
- dont CDD ou stage rémunéré	*80*	*78*	*88*
- dont travailleur indépendant	*4*	*4*	*4*
Non renseigné	*74*	*101*	*61*

I. *Origine principale des ressources*

	2007	***2008***	***2009***
Revenus de l'emploi (y compris retraite, pension invalidité)	*123*	*139*	*181*
Assedic	*58*	*53*	*71*
RMI/RSA	*38*	*34*	*47*
AAH	*9*	*14*	*15*
Autres prestations sociales	*39*	*19*	*16*
Ressources provenant d'un tiers	*36*	*20*	*25*
Autres ressources (y compris sans revenu)	*23*	*54*	*61*
Non renseigné	*28*	*56*	*7*

J. *Origine de la demande de consultation*

	2007	***2008***	***2009***
Initiative du patient ou des proches	*209*	*205*	*210*
Médecin de ville	*40*	*31*	*33*
Structures spécialisées (CCAA, CSST, autres.)	*10*	*12*	*8*
Equipe de liaison	*6*	*8*	*5*
Autre hôpital, autre sanitaire	*0*	*0*	*1*
Institutions et services sociaux	*3*	*3*	*6*
Justice obligation de soins	*48*	*67*	*116*
Justice injonction thérapeutique	*0*	*0*	*5*
Autre mesure administrative ou judiciaire	*17*	*18*	*26*
Milieu scolaire/universitaire	*0*	*0*	*6*
Autres	*5*	*5*	*7*
Non renseigné	*16*	*40*	*0*

Nous observons un taux de croissance de 73% concernant les orientations de la justice. Le travail de collaboration, développé avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, explique en partie cette augmentation.

K. *Couverture sociale*

	2007	***2008***	***2009***
Régime général et complémentaire	*123*	*140*	*183*
Régime général sans complémentaire	*131*	*125*	*129*
CMU avec complémentaire	*71*	*72*	*85*
CMU sans complémentaire			
Sans couverture sociale	*3*	*6*	*12*
Non renseigné	*26*	*46*	*14*

a) *La précarité des usagers accueillis au service*

Cette année, pour le rapport d'activité, nous avons décidé de faire le point sur la précarité des personnes qui fréquentent le centre d'accueil. Nous insisterons plus spécialement sur les problèmes qui les amènent à vivre cette situation et illustrerons notre propos de faits et de témoignages des usagers qui se trouvent actuellement dans cette difficulté.
Nous prendrons volontairement deux cas, qui reflètent bien un type de situation que nous sommes amenés à rencontrer de plus en plus fréquemment au service.

Quels sont les facteurs repérés qui peuvent occasionner la marginalité :

- *le début d'une vie d'errance,*
- *le début d'une toxicomanie,*
- *l'abandon prématuré de la scolarité,*
- *les mauvaises fréquentations.*

Le refus de l'autorité parentale peut entraîner une rupture dans la relation et provoquer un départ rapide du foyer, sans aucune sécurité. Cet aspect est évoqué par un grand nombre d'entre eux.
Nous observons que la précarité des usagers peut avoir parfois une incidence néfaste sur le bon déroulement de leur traitement. Néanmoins, nous remarquons que même dans une situation difficile, ils arrivent à concilier le traitement et leur vie précaire et instable, sans trop de difficultés.

Prenons l'exemple de Mr J, trente six ans.
Il est sans domicile fixe depuis l'âge de dix neuf ans. Il a vécu une situation familiale très compliquée. Rejeté par sa famille très jeune, il n'a aucune envie aujourd'hui de renouer un contact avec elle.
Depuis qu'il est suivi au service, il se montre souvent très évasif, sur tout et il est difficile d'avoir une action suivie avec lui, tant ses repères sont fragiles. Mr J a tendance à se laisser envahir par les copains qui cherchent à profiter de sa naïveté et qui l'entraînent parfois à consommer des produits stupéfiants. Ce comportement rend de plus en plus difficile sa relation avec sa compagne qui est également consommatrice de drogues. Elle aimerait que son ami fût le moteur pour entreprendre sérieusement, à deux, un vrai suivi.
L'avenir de ce garçon est très incertain compte tenu de sa difficulté à se soigner. Pourtant, son projet de reconstruction après sa sortie de prison était de travailler et d'assurer à sa compagne une vie meilleure. Pour ce garçon le traitement au centre d'accueil vise à l'orienter, le moment venu, pour mieux se soigner, vers une structure de type postcure.

La deuxième situation, concerne Mlle S, âgée de vingt six ans.

Elle a quitté le domicile familial à l'âge de quatorze ans pour commencer à mener une vie d'errance.
Issue d'une fratrie de quatre enfants, elle n'a pas supporté le climat familial, marqué par une consommation excessive d'alcool qui instaurait des relations très conflictuelles.
Cette jeune femme peut se montrer très loquace et intéressante avec les autres mais dès qu'il s'agit de parler de ses difficultés, elle se referme, par peur de se dévoiler.
On note chez elle, une grande capacité à se prendre en charge. En ce qui concerne son suivi au centre de soin, elle s'adapte facilement à l'organisation du service. Elle a besoin d'un

cadre contenant comme celui d'une postcure afin de mettre en place une réelle démarche de soins.
Elle dit vouloir quitter Compiègne pour mieux prendre sa vie en main et se soigner.

Pour ces deux usagers plusieurs démarches ont été faites avec l'équipe pour trouver un logement, une postcure, une formation rémunérée voire un emploi stable.

Jocelyn LIBRIN
Chef de Service

L. Etat de santé des patients

	2007	*2008*	*2009*
Taux de renseignement HIV	*46%*	*67%*	*52%*
Tests effectues	*155*	*150*	*220*
Séropositifs	*5*	*4*	*4*
Nombre de patients sous traitement	*nr*	*nr*	*nr*
Taux de renseignement VHC	*44%*	*67%*	*52%*
Tests effectués	*150*	*148*	*220*
Séropositifs	*28*	*30*	*32*
Nombre de patients sous traitement	*nr*	*nr*	*nr*
Nombre d'hépatite C guérie	*nr*	*nr*	*nr*
Taux de renseignement VHB	*33%*	*67%*	*48%*
Tests effectués	*111*	*121*	*203*
Nombre de vaccinations réalisées au centre	*0*	*0*	*0*
Séropositifs	*11*	*9*	*11*
Nombre de prélèvements sanguins réalisés au service	*0*	*5*	*16*
Nombre de patients orientés vers le CPES	*-*	*7*	*3*
Nombre actes « bobologie »	*-*	*3*	*14*
Nombre actes de distribution de traitement	*4153*	*4438*	*4377*
Nombre de patients présentant des comorbidités psychiatriques	*23*	*32*	*27*
Nombre de patients qui ont bénéficie antérieurement d'un suivi spécialisé	*24*	*30*	*27*

Le taux de renseignement, de manière globale, est relativement faible.
Plus précisément, au sujet de la file active, suivie médicalement, le taux de renseignement est beaucoup plus important puisqu'il avoisine les 95%.
En ce qui concerne les autres personnes accueillies au centre, qui bénéficient d'un suivi éducatif, et/ou psychologiques sans accompagnement médical ou qui ne sont concernés que par des obligations judiciaires, les investigations et évaluations concernant l'état de leur

santé sont moins précises. En l'absence de suivi médical au centre, nous ne leur demandons pas de faire les tests de dépistage.

Des rendez vous sont programmés de façons régulière avec le CPES. Cette année nous avons été confrontés à une difficulté majeure : les usagers ne se sont pas présentés au moment du départ.

M. Les sevrages

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de sevrages réalisés	*3*	*11*	*7*
- dont ambulatoire	*0*	*0*	*0*
▪ *buprénorphine*	*0*	*0*	*0*
▪ *méthadone*	*0*	*0*	*0*
▪ *alcool*	*0*	*0*	*0*
▪ *benzodiazépine*	*0*	*0*	*0*
▪ *héroïne*	*0*	*0*	*0*
▪ *autres*	*0*	*0*	*0*
- dont hospitaliers	*3*	*11*	*7*
▪ *buprénorphine*	*0*	*2*	*0*
▪ *méthadone*	*0*	*2*	*0*
▪ *alcool*	*0*	*0*	*0*
▪ *benzodiazépine*	*0*	*0*	*0*
▪ *héroïne*	*3*	*5*	*5*
▪ *autres*	*0*	*2*	*2*

N. Traitements de substitution

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de patients sous traitement dans la file active globale	*158*	*153*	*158*
- dont patients sous buprénorphine	*20*	*19*	*10*
- dont patients sous méthadone	*138*	*134*	*148*
Nombre de patients sous traitement suivis par le centre	*109*	*118*	*140*
- dont patients sous buprénorphine	*20*	*19*	*5*
- dont patients sous méthadone	*89*	*99*	*135*
*Nombre patients sous autres traitement à visée substitutive **	*0*	*0*	*0*

O. *File active de patients substitués suivis au service (hors file active suivie en incarcération)*

a) *Méthadone*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*25*	*25*	*29*
Nombre d'hommes	*84*	*93*	*106*
Nouveaux patients	*52*	*40*	*35*
Nombre d'initialisation réalisée par le service	*57*	*45*	*44*
Nombre de relais	*?*	*?*	*9*
Nombre de patients délivrés en pharmacie de ville	*49*	*76*	*74*
Nombre de patients suivis en médecine et pharmacie de ville	*7*	*20*	*27*
Nombre de patients délivrés sous forme gélules	*0*	*0*	*16*
Nombre de patients sortis du programme	*nr*	*nr*	*34*
- dont devenus abstinents	*nr*	*nr*	*0*
- dont, de leur propre initiative	*nr*	*nr*	*31*
- dont, à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*nr*	*nr*	*2*
- dont exclusion (violence)	*nr*	*nr*	*1*

Cette année, nous avons enregistré 51 demandes pour intégrer le programme méthadone. 44 ont abouti vers une initialisation.

b) *Buprénorphine*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*5*	*5*	*1*
Nombre d'hommes	*15*	*14*	*4*
Nouveaux patients	*11*	*9*	*5*
Nombre de relais	*nr*	*nr*	*0*
Nombre de patients délivrés en pharmacie de ville	*20*	*19*	*5*
Nombre de patients sortis du programme	*nr*	*nr*	*4*
- dont devenus abstinents	*nr*	*nr*	*0*
- dont, de leur propre initiative	*nr*	*nr*	*4*
- dont, à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*nr*	*nr*	*0*
- dont, orientés sous prescription méthadone	*nr*	*nr*	*0*
- dont, exclusion (violence)	*nr*	*nr*	*0*

P. *Tranches d'âge début toxicomanie*

Moins de 18 ans	*267*
18-24 ans	*112*
25-29 ans	*26*
30-34 ans	*12*
35-39 ans	*5*
40-44 ans	*0*
45-49 ans	*1*
50 ans et plus	*0*

*Q. Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables **

	1er produit le plus dommageable	***2ième produit le plus dommageable***	***3ième produit le plus dommageable***
Alcool	*8*	*8*	*35*
Tabac	*0*	*0*	*0*
Cannabis	*131*	*140*	*127*
Opiacés	*220*	*200*	*22*
Cocaïne et crack	*13*	*15*	*51*
Amphétamines, ecstasy, …	*1*	*1*	*16*
Médicaments psychotropes détournés	*6*	*7*	*5*
Traitement substitution détourné	*19*	*18*	*30*
Autres	*0*	*2*	*3*
Pas de produits	*18*	*13*	*14*
Non renseigné	*7*	*19*	*120*
Total** **(100% de la file active)	*423*	*423*	*423*

** Pour les patients vus pour la première fois ou revus après interruption, il faut considérer les produits consommés les plus dommageables pour eux, dans les 30 derniers jours précédant le contact.*
Pour les patients déjà suivis, il faut considérer les derniers produits les plus dommageables consommés connus. En l'absence de consommation dans les 30 derniers jours, il faut alors se référer au dernier produit le plus dommageable consommé.

*R. Evaluation du risque d'usage par rapport au produit N°1 (hors tabac) **

	Nombre de patients
En usage à risque	*50*
En usage nocif	*21*
En dépendance	*309*
Non renseigné	*43*

** Indiquez le nombre de patient qui, pour le produit N°1, ont une consommation classée.*

*S. Voie intraveineuse **

	Nombre patients
Ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	*26*
Ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (auparavant au dernier mois)	*28*
N'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse antérieurement	*211*
Non renseigné	*33*

** Mois précédent le contact pour les patients inconnus.*
Dernière situation connue pour les patients déjà suivis.

T. *Modalité de consommation*

	Nombre de patients
Injecté	*50*
Sniffé	*141*
Mangé/Bu	*27*
Fumé	*176*
Non renseigné	*29*

U. *Justice*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de personnes suivies sous main de justice	*144*	*153*	*215*
- dont obligation de soin	*80*	*92*	*138*
- dont contrôle judiciaire	*13*	*12*	*26*
- dont injonction thérapeutique	*4*	*3*	*6*
- dont travail d'intérêt général	*2*	*2*	*5*
- dont bracelet électronique	*6*	*4*	*2*
*- dont autres (précisez)**	*4*	*3*	*26*
- dont non renseigné	*15*	*44*	*12*
Nombre de personnes suives en incarcération	*35*	*37*	*51*
Sans objet	*169*	*191*	*195*

** 26 soit 3 sursis mise à l'épreuve et 23 semi liberté.*

V. *Les orientations réalisées par le service*

	2007	***2008***	***2009***
Vers une postcure	*10*	*2*	*6*
Vers une communauté thérapeutique/ATR	*0*	*1*	*1*
Vers une hospitalisation spécialisée (hôpital psychiatrique)	*0*	*0*	*1*
Vers une hospitalisation en hôpital général	*0*	*0*	*2*
Vers un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	*0*	*0*	*1*
Vers autres	*0*	*5*	*2*

Les orientations ont été réalisées vers :

- Association Aurore à Brantôme (Dordogne)
- Centre thérapeutique L'oliveraie à Toulouses (Pyrénées orientales)
- Espace du possible Intermezzo à Hellemmes (Nord)
- APTE à Bucy le long (Aisne)
- SATO Communauté Thérapeutique de Flambermont à St Martin le nœud (Oise)
- CASA à Clermont (Oise)
- SATO Appartement Thérapeutique à Compiègne (Oise)

W. Réduction des risques au centre de soins

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de kits distribués (pris ou remis)	*1880*	*2880*	*2340*
Nombre de stérifilts distribués (pris ou remis)	*0*	*0*	*5000*
Nombre de préservatifs distribués (pris ou remis)	*-*	*-*	*2400*
Nombre de plaquettes d'information distribuées	*-*	*-*	*320*
Nombre de seringues usagées récupérées	*1054*	*2887*	*3236*
Nombre de récupérateurs individuels de seringues usagées distribués	*0*	*0*	*45*

Le nombre d'usagers venu au service, dans le cadre d'échange et de récupération de seringues, est de 19 personnes correspondant à 149 actes (16 pour demander des kits, 7 pour déposer des seringues usagées, certains pouvant faire les deux).
45 récupérateurs individuels de seringues usagées ont été distribués et récupérés.
3 boites de 4 litres et 15 boites de 7 litres ont été collectées et détruites par le service de ramassage.

a) La réduction des risques au sein du CSST

La mission de réduction des risques des transmissions de virus (Hépatite B, Hépatite C, HIV…) au sein du CSST, questionne… Elle est source de nombreux débats au sein de notre équipe :
Comment assumer cette mission essentielle et cependant si complexe ? Comment gérer les demandes de kits pour les gens en « soins » et /ou sous traitement de substitution ?
Il va sans dire que nous n'apporterons pas ici de solutions « toutes prêtes » ni de « mode d'emploi ». Chacun d'entre nous a conscience de la nécessité de s'interroger au « cas par cas » face à ce type de demande.
Cependant, puisque cette « mission » soulève de nombreuses interrogations, il semble nécessaire d'y réfléchir davantage.
La réduction des risques fait partie intégrante de notre travail.
Concrètement, en salle d'accueil, des kits stériles sont à la disposition des usagers. Néanmoins, nous conservons dans le bureau des éducateurs un carton de kits, les boites récupératrices de seringues usagées, ainsi que les stérifilts. Par le biais d'une demande, nous essayons, non pas d'amener les personnes à « rendre des comptes », mais à créer du lien avec les usagers qui fréquentent uniquement le service pour chercher et/ou déposer du matériel. En effet, bon nombre de personnes aujourd'hui intégrées au centre, ont accédé aux soins par cette « porte » et cette première « prise de contact ». Certaines situations mériteraient d'ailleurs, de faire l'objet d'une « observation clinique ».
Cette façon de procéder, permet également d'échanger avec les usagers inscrits dans le soin au sein du CSST mais qui continuent à pratiquer l'injection.
Nous observons d'ailleurs que ces situations sont les plus complexes…En effet, comment aborder avec les usagers « en soins », le fait qu'ils poursuivent des pratiques de consommation par injection…Et de façon plus générale, comment aider, écouter, soutenir ces usagers, encore consommateurs ?
C'est bien de cela dont il est question et c'est bien tout l'enjeu et les missions du SATO en général !
Pour en revenir plus précisément à la question de la réduction des risques pour les usagers sous traitement méthadone fréquentant le CSST, il faut dire qu'en tant qu'éducateurs nous

avons souvent en charge de répondre à ces demandes, nous nous retrouvons souvent un peu « tiraillés ».
En effet, savoir un usager sous traitement substitutif, bénéficiant d'un accompagnement éducatif et dont on sait les consommations et les risques engendrés par celles-ci, nous oblige parfois à des gestions relationnelles, très complexes. Evidemment, nous savons parfaitement que la réduction des risques est essentielle, mais donner un kit à quelqu'un sous traitement n'est pas non plus un geste « facile »…
Comment remplir toutes ces missions face à la personne, que l'on connaît, que l'on « suit » ?…
Pour nous, il semble clair qu'il est hors de question de « fermer les yeux ». C'est pour cette raison que la majorité des kits sont dans notre bureau afin d'initier avec l'usager qui est dans cette demande, un échange ; car ce geste n'a rien d'anodin !
En opérant de cette façon, cela permet d'avoir un regard sur les pratiques des usagers et d'en discuter en équipe afin d'essayer de coordonner nos interventions.
Ainsi, collégialement, nous allons décider de « stratégies » d'intervention et d'accompagnement concernant l'usager sous traitement méthadone mais aussi, encore consommateur par voie intra veineuse.
Toute la pertinence de notre intervention se situe ici…
C'est ce pourquoi, malgré la complexité de l'exercice (les « deux casquettes » que nous pouvons porter parfois : soins et réduction des risques), il semble indispensable de ne pas faire la « politique de l'autruche » et de se confronter à la réalité afin d'être le plus efficient dans nos différents accompagnements.
Comme nous l'avions indiqué au début de ce propos : pas de « mode d'emploi », ni de solutions toute prêtes mais du temps, de l'écoute, de l'échange avec l'usager et en équipe afin de tenter de coordonner nos actions auprès de la personne.
Je terminerai donc mon propos en soulignant l'importance du travail de partenariat.
C'est dans la collaboration entre le médecin, les infirmières, les éducateurs, l'assistante sociale, le psychologue, le chef de service… mais aussi avec les partenaires « extérieurs » que sont les médecins de ville, les pharmaciens, l'hôpital, les travailleurs sociaux sans oublier nos collègues du CAARUD (qui au travers de leur travail de proximité, en direct auprès d'usagers actifs, offrent des outils précieux) que nous serons les plus pertinents pour prendre en charge, cette mission, au sein du CSST.

Adeline LEGRAND
Educatrice Spécialisée

X. Activités de groupe thérapeutiques

Nombre de groupes	*4*
Nombre de réunions	*2*
Nombre de patients concernés	*36*

Les deux réunions que nous avons organisées ont été mise en place dans le cadre du projet de vie sociale.

Les groupes « atelier d'expression peinture » ont été organisés par une éducatrice en formation.

Y. Activités formation auprès des partenaires

Nous avons reçu dans nos locaux, un groupe de 18 stagiaires en formation DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale) dans le cadre d'une intervention ayant pour thème « sensibilisation aux addictions ».

Nous avons aussi l'occasion d'accueillir des stagiaires de l'institut de formation en soins infirmier pour des demandes de renseignements et/ou de documentation, des lycéens en vue de la constitution de dossier sur les addictions, des personnes en découverte des métiers qui réalisaient un questionnaire sur le travail social.

III. TEXTES

LES PERSONNES « AGEES » QUI CONSOMMENT DU CANNABIS [1]

Pascal HACHET

Psychologue au CSST de Compiègne

Une épidémiologie et une représentation sociale congruentes

Dans l'esprit de la plupart de nos concitoyens, ***le cannabis est, par excellence, « la drogue des jeunes »****. Cette représentation est exacte : les études épidémiologiques la confirment sans ambiguïté.*

Dans le Baromètre Santé Jeunes, Beck, Legleye et Spilka (2007a, 2007b) observent que le cannabis est pour l'essentiel consommé par « les générations les moins âgées » et que cet usage est « le plus souvent, jusqu'à ces dernières années, abandonné lors du passage à la vie adulte » (ibid.). Quelques statistiques sont ici les bienvenues : dans notre pays et en 2005, ***si 41 % des hommes et 14 % des femmes âgés de 20 à 24 ans ont affirmé avoir fumé du cannabis au cours des douze derniers mois, ces pourcentages s'érodent dès la tranche des 25-29 ans*** *(39 % des hommes et 9 % des femmes).* ***Ensuite, c'est l'effondrement*** *: on passe à 30 % et 4 % chez les 30-34 ans, 25 % et 3,5 % chez les 35-39 ans, 24 % et 3 % chez les 40-44 ans et 16 % et 1 % chez les 45-49 ans.* ***A partir de l'actuelle génération des « cinquantenaires », ce pourcentage devient nul chez les femmes et continue de décroître jusqu'à devenir marginal chez les hommes*** *: 11 % des 50-54 ans, 5 % des 55-59 ans et 5 % des 60-64 ans.*

Les quelques « vieux » qui fument des « joints » se recruteraient-ils en majorité chez les actifs ? On est tenté de le penser, car l'examen du statut scolaire et professionnel parmi les 15-64 ans en 2005 montre ***qu'aucun des sujets retraités n'a déclaré avoir consommé du cannabis aussi bien au cours du mois qui a précédé l'enquête que de façon régulière (c'est-à-dire 10 fois ou plus par mois). Moins de 0,3 % de ces personnes affirment avoir fumé du cannabis au cours des douze derniers mois et 6 % disent avoir expérimenté cette substance psychoactive au cours de leur*** *(longue)* ***existence*** *(ibid.). Le témoignage de Lililunik, dans le cadre d'un sondage de l'institut CSA commandé par Nova Magazine* [2] *et publié sous le titre*

[1] *Ce texte reprend et amplifie un chapitre d'ouvrage collectif récent (2009).*

[2] *La question du cannabis a été posée aux trente mille abonnés de la newsletter de cette revue et les témoignages ad hoc ont été recueillis entre 2002 et 2006.*

Le cannabis et moi (2007), illustre cette occurrence très peu fréquente : « Dans ma famille, mon père, 65 ans, fume tous les jours sauf en cas de pénurie, ma mère fume occasionnellement » [3].

A la lueur de ces statistiques, ***se risquer à associer le cannabis et le grand âge a quelque chose d'incongru, voire burlesque*** *: on est tenté de croire à une blague irrévérencieuse* [4] *ou encore, pour reprendre une phrase bizarre des lautréamontesques Chants de Maldoror (1869), à « la rencontre fortuite sur une table de dissection d'une machine à coudre et d'un parapluie » ! Un de mes patients adolescents s'esclaffa à cet égard : « Papy, Mamy et le « bédo », ça serait du délire, on aurait moins de mal à croire aux extraterrestres ! Comme on l'a entendu dans une pub, « grand-mère sait faire un bon café », OK, mais si on disait qu'elle sait faire un bon « tarpé » [« pétard » en verlan], ça serait carrément mytho ».*

Ce constat vaut aussi pour la culture arabo-musulmane, où le cannabis est pourtant produit et consommé depuis des siècles par des adultes, au point que la diffusion et la force symbolique de ce produit y sont parfois comparées à celle du vin dans la culture occidentale. Certes, comme Nerval (1851) le rappelle dans le récit de son voyage en Orient, le chef des Haschaschins - cette secte ismaélite de coupe-jarrets qui donna naissance au mot « assassin » dans notre langue et dont les membres faisaient un usage excessif de « haschisch » - était surnommé « le Vieux de la Montagne » par ses coreligionnaires, cet homme un peu légendaire - que Marco Polo fut le premier voyageur occidental à évoquer - vécut au 12ème siècle et choisissait ses compagnons d'armes parmi les adolescents. L'époque actuelle est à l'avenant : les cinq patients égyptiens dépendants du cannabis dont Sami-Ali (1971) a présenté l'observation détaillée dans une étude anthropologique et psychanalytique de référence sont âgés de 24 à 40 ans (trois d'entre eux ont trente ans) [5].

<u>Le désintérêt des plus de 60 ans pour le cannabis : hypothèses</u>

Les études précitées démontrent à l'envi que ***les personnes âgées*** *au sens courant du terme* ***– 60 ans et plus – qui fument des « joints » sont plutôt rares.*** *Pourquoi nos seniors semblent-ils jusqu'à présent se désintéresser du cannabis ? Cette question peut recevoir plusieurs éléments de réponse :*

- Lorsqu'elles ressentent des douleurs physiques ou psychologiques, ***les personnes âgées s'adressent de façon préférentielle à leur médecin traitant et elles font souvent preuve d'une compliance très satisfaisante vis-à-vis de « leurs » médicaments****, même si certaines d'entre elles ont une demande forte, voire excessive, en matière de prescription. Dans ce*

---

[3] *Ce couple de fumeurs âgés possède un sens certain du partage, puisqu'il fume avec l'intéressée « ou avec ma grande sœur qui fume donc elle aussi, ainsi que son mec. Ma petite sœur fume aussi, elle a commencé le même jour que moi. Quand à mon petit frère, il a déjà essayé vers 13-14 ans » (ibid.). Le cas du cannabis ne déroge pas au phénomène courant d'imitation vis-à-vis des membres des générations ascendantes en matière d'usages de substances psychoactives.*

[4] *A la façon des sketchs de l'émission télévisée Les guignols de l'info (Canal +), où les écarts de nos hommes politiques sont volontiers brocardés au moyen de situations en décalage générationnel flagrant avec la réalité « esthétique » ou / et morale des intéressés…*

[5] *Pour boucler ce tour du monde, je rappellerai que la consommation de cannabis connaît un fort développement parmi les seniors aux Etats-Unis, mais que cette tranche de population fait un usage strictement thérapeutique de ce produit, absorbé pour ses propriétés analségiques (diminuer la douleur due à une sclérose en plaques ou, surtout, à un glaucome) et orexigènes (stimuler l'appétit et limiter les vomissements iatrogènes dans le cadre d'une chimiothérapie anti-cancer). Ce phénomène est soutenu par de nombreuses personnes : comme le rapporte Jean-Philippe Tarot (2005), un sondage récent de l'Association américaine pour la défense des retraités (AARP) révèle que 72 % des personnes de plus de 45 ans sont favorables à la légalisation du cannabis à usage thérapeutique.*

contexte, ***le caractère clandestin de la diffusion du cannabis*** [6]***, ce que ses effets ont d'incertain (voire d'aléatoire), son absence de labellisation par la médecine*** [7]***, sans omettre la crainte du gendarme, n'en font pas une substance attractive aux yeux de nos seniors****. Certes, de nombreuses personnes âgées, surtout en milieu rural, complètent plus ou moins la pharmacopée officielle par des « remèdes de grands-mères », mais le cannabis n'en fait guère (ou pas encore) partie. Mentionnons tout de même le témoignage de Weed O dans le cadre de l'enquête réalisée pour Nova Magazine (op.cit.) : « Je connais des personnes âgées qui soulagent leur arthrite avec des joints de beuh ou des tisanes de cannabis (ou depuis peu, avec un vaporisateur qui intensifie le goût et l'effet en supprimant quasiment toutes les toxines, vu qu'il n'y a ni tabac ni combustion) ».*

- Les conflits d'idées et de comportements entre les générations existent dans les deux sens : ***certaines personnes âgées ne veulent pas entendre parler du cannabis parce qu'elles le tiennent pour un « produit des jeunes », qui vient de l'étranger et « fabrique des paresseux et des drogués »****. Le mythe de « l'escalade » systématique vers les drogues dites « dures » (héroïne, cocaïne, etc.) sous-entend en partie ces représentations. De plus,* ***parmi les substances psychoactives consommées en masse, les plus âgés de nos contemporains privilégient l'alcool et le tabac, qui bénéficient auprès d'eux d'un ancrage culturel solide*** *(respectivement millénaire et multiséculaire) ; ces valeurs sont sûres car conviviales et, surtout, « bien de chez nous » (même si la production locale de cannabis – baptisée « autoprod' » par ses artisans et thuriféraires – se développe* [8]*, en particulier en milieu rural)... Le fait que de nombreux jeunes « jointeurs » dénigrent le « gros rouge » (« qui tache », rend violent et fait dire n'importe quoi, voire qui clochardise) auxquels de nombreux adultes et « vieux » s'adonnent alimente en retour cette défiance et cette acrimonie intergénérationnelles* [9]*.*

- Enfin, si de nombreux « soixante-huitards » ont expérimenté ou consommé avec régularité du cannabis ou / et d'autres produits stupéfiants il y a 40 ans, à la suite des mouvements libertaires impulsés Outre-Atlantique au début des sixties, la plupart de ces personnes - qui approchent ou entament aujourd'hui la « soixantaine » et, donc, la cessation d'activité professionnelle - n'ont pas pérennisé ces usages.

Le manque actuel d'affinités électives entre les personnes âgées et cannabis sativa est-il appelé à changer en ce qui concerne les « vieux » du « futur » ? L'intensification et la massification de la consommation de cannabis en Europe inciteraient à répondre par l'affirmative, mais le caractère récent de cette recrudescence (qui date du début des années 1990) ne permet guère d'apprécier pour l'heure dans quelle mesure les seniors de 2030-2050 compteront ou non dans leurs rangs un nombre significatif d'anciens « jeunes

---

[6] En chercher sans trop de risque de revenir bredouille nécessite de se rendre dans des microcosmes précis - en particulier certains espace-temps festifs - où l'esprit et la démographie sont plutôt « d'jeunes » et dont les « acteurs » ne sont guère accueillants vis-à-vis des personnes nettement plus âgées qu'eux, qu'ils tiennent volontiers pour des parents - donc « ringards » et « raseurs » - venus récupérer manu militari leur(s) rejeton(s) ou pour des policiers en civil…

[7] L'usager n'a aucune garantie sanitaire au sujet de la composition de la substance achetée – plus ou moins adultérée par des « coupages » parfois nocifs – et du pourcentage de THC (à la différence du pourcentage d'éthanol qui figure sur chaque boisson alcoolisée disponible dans le commerce) et nul shitman n'a saisi à ce jour une association de défense des consommateurs pour se plaindre de la présence d'un « teushi » de mauvaise qualité sur le marché !

[8] Ben Lakhdar (2008) estime qu'en 2005, les « cannabiculteurs » ont produit 11,5 % de la consommation totale de cannabis en France.

[9] D'autant plus que ce lien juvénile stigmatisant entre les aspects dégradants de l'alcoolisme et « l'adultité » et la vieillesse passe de façon aussi commode qu'irresponsable à la trappe la recrudescence d'épisodes d'alcoolisation violente chez les adolescents et les jeunes adultes - les « cuites nordiques » -, dont le but n'est pas la convivialité mais la « défonce », au risque du coma éthylique ou, à tout le moins, de l'accident de la route.

d'aujourd'hui » qui fument des « joints » et auront poursuivi leurs « fumettes » décennie après décennie. Comme disent les Anglais [10] *: wait and see.*

Les fumeurs réguliers de « joints » les plus âgés : « quadras » et « quinquas »

Puisque les « vieux » proprement dits** (« barbe et cheveux blancs ») **ne consomment presque jamais de cannabis, qui sont les plus âgés des fumeurs de « joints » et pourquoi font-ils usage de cette substance ?

*Les données présentées par Costes, Legleye et Cadet-Taïrou (2007) révèlent que **les plus âgés des usagers réguliers** (pour rappel, 10 fois ou plus par mois) **de cannabis ont entre 45 et 54 ans** (en somme, les « adultes confirmés » et les « jeunes vieux » ?) et, surtout, que **ces fumeurs de « joints » ne sont pas pléthoriques** puisqu'ils représentent 0,5 % des hommes et 0,1 % des femmes de cette tranche d'âge !*

***Ces oiseaux rares et plutôt méconnus se lassent du caractère répétitif – parfois addictif** (« je ne peux pas ou plus m'en passer, j'ai perdu la liberté de m'en abstenir ») **– et prolongé** (un de mes patients, âgé de 45 ans, décrivit en termes fleuris ce phénomène de consommation durable et, surtout, continue : « un quart de siècle au compteur, vétéran et soutier du « bédo », voilà mes états de service ! ») **de leur consommation et commencent à se présenter** [11] **dans les centres de soins aux usagers de drogues** [12]. Le psychiatre Michel Hautefeuille explique à Françoise Kunzé (2006) que ces individus travaillent, « fonctionnent normalement » et présentent **un bon degré d'intégration sociale**. Ils ont pour habitude de s'approvisionner auprès de « copains » de leur âge, qui eux aussi « jointent » depuis toujours. Là où le bât blesse, c'est que ces « jointeurs » sont **fatigués de fumer** : « Pour eux, le cannabis n'a plus de sens » (ibid.). La consommation de ces personnes est **quotidienne** et volontiers **ritualisée** : « Un stick ou deux le soir, tranquille, chez moi comme vous prendriez un verre de whisky, histoire de décompresser, d'être bien » confie ainsi Philippe, « la quarantaine branchée, jeans et veste de cuir noir, (…) le cheveu rare et la barbe naissante » (ibid.), **mais il arrive que les « fumettes » soient débridées**, sur le mode du no limit. Hautefeuille évoque à cet effet le cas d'un quinquagénaire qui fumait jusqu'à 27 joints par jour ! Plus récemment, Marc Valleur, également psychiatre et interrogé par Anne Vidalie (2008), a été surpris que la « consultation cannabis » qu'il a ouverte il y a deux ans et qui ciblait les adolescents accueille de nombreux « quadras et quinquas ». **Pourquoi ces personnes consomment-elles du cannabis depuis si longtemps ?** Parce qu'elles voient dans cet usage (en tant que comportement et du point de vue des effets du produit) **une « habitude plutôt agréable »** [13]**, peu désocialisante et assumable sur le plan financier**.*

---

[10] *Auxquels – autorisons-nous un mot d'esprit – l'auteur de « polars » Michel Pelé (1997) adressa une paraphrase cocasse et proche de notre propos : « messieurs les Anglais, tirez sur votre joint les premiers ! ».*

[11] *Hors mesures judiciaires, qui représentent la principale source d'orientation des fumeurs de cannabis vers les institutions spécialisées.*

[12] *Sachant que la demande d'aide auprès de professionnels constitue la moins fréquente des stratégies de sevrage utilisées par les fumeurs de cannabis qui sont en difficulté prononcée avec ce produit. Comme l'ont montré Boyd, Tashkin et al. (2004) à partir d'un échantillon de 65 fumeurs de cannabis adultes (âge moyen : 37 ans) et dépendants (consommation moyenne : 3,7 joints par jour), lorsque ces personnes décident de remettre en question leur assuétude, elles privilégient le changement d'environnement : « trouver des amis qui ne consomment pas de cannabis, ne plus aller dans les endroits où du cannabis est consommé », ainsi que, dans une mesure plus faible, « le soutien de la famille ou des amis ou d'un groupe d'entraide » (ibid.). Seuls 11 % des sujets de cette étude ont utilisé des stratégies soignantes, axées soit sur la relation (« recevoir des conseils », « voir un médecin »), soit sur la pharmacopée (herbes médicinales, médicaments sur ou sans prescription). Dans tous les cas, le désir – joliment exprimé par Sissa (1997) – de « Remplacer ce grand « D » de drogue par de multiples plaisirs » est le moteur du changement.*

[13] *Comparable à la « douce habitude » que Freud évoquait pour « expliquer » son addiction aux cigares, bien décrite par Grimbert (1999).*

*Ces observations sont **en congruence avec celles** que j'ai faites (2000, 2005) **au sujet des jeunes adultes**, âgés de 25 à 40 ans, **qui fument des joints** :*

*- Une plus **grande fréquence d'usages réguliers et d'usages toxicomaniaques** par rapport aux usages expérimentaux et aux usages occasionnels que chez les adolescents qui consomment du cannabis.*

*- Une **connaissance satisfaisante des risques sanitaires et comportementaux** attachés à l'usage abusif de cannabis, là encore en décalage marqué avec l'habitus adolescent.*

La crise du milieu de la vie influence l'auto-perception de l'usage régulier

***Par contre, la lassitude face au fait de consommer du cannabis** - qui rappelle la « fatigue d'être soi » décrite par Ehrenberg (1998) au sujet de l'extension contemporaine de la dépression, cette « pathologie de l'insuffisance » dont souffre « l'individu conquérant », enjoint du dedans comme du dehors « de décider et d'agir en permanence dans sa vie privée et professionnelle » et, à ce titre, « fardeau pour lui-même » (ibid.) – me **paraît véritablement pathognomonique de l'état d'esprit des fumeurs de « pétards » qui ont dépassé la quarantaine**. Je pense que l'on peut ici incriminer **la survenue puis le dépassement de la « crise du milieu de la vie »** identifiée par Jaques (1963), au cours de laquelle le sujet, « résigné mais non vaincu » (ibid.), est poussé à une réélaboration de sa « position dépressive », c'est-à-dire à faire le deuil de sa prime jeunesse (acmé temporel des capacités physiques, affectives et intellectuelles) et à accepter psychiquement la perspective (certes lointaine encore) de la mort [14].*

***Cette réalité thymique** (une « déprime » modérée, sans effondrement) **conditionne le regard en demi-teinte que certains fumeurs réguliers jettent sur les effets indésirables du cannabis** pour eux-mêmes, puisque l'on observe :*

*- **Un réalisme aigre-doux par rapport aux risques professionnels**, surtout si le sujet occupe un poste à responsabilité. Sylvain, 48 ans, cadre bancaire et fumeur très régulier de cannabis, confie sans détours : « Le « pétard » au travail, jamais. A mon âge, on se sent obligé de mettre les bouchées doubles ou d'emporter du « taf » à la maison pour rester dans la course. Je n'ai pas envie de perdre ma place sous prétexte que je serais « obsolète », « dépassé » et que je coûte de plus en plus cher à mon patron. J'ai besoin de garder la tête froide pour tenir en respect les jeunes loups aux dents longues qui rêvent de pousser les « anciens » salariés vers la sortie et leur faire comprendre la curée anti-vieux n'est pas encore à l'ordre du jour ! ». Boulot, « bédo », dodo ?*

*- **Un fatalisme non combatif face au risque de cancer des voies respiratoires** : « Je fume du tabac et du cannabis depuis si longtemps… ». Cette attitude est parfois renforcée par une dilution de la question dans une comparaison avec les dégâts somatiques qu'engendre souvent l'alcoolisme, en particulier les atteintes hépatiques - qui « sabrent » de façon abrupte l'espérance de vie (alors que l'on est persuadé de ne pâtir qu'à très petit feu des inconvénients sanitaires de la cigarette et du « pétard ») - et cérébrales (« Le cannabis, lui, ne grille pas les neurones. On récupère toute sa mémoire quand on arrête »).*

*- Ici et là, **un soulagement sans joie, presque ironique, vis-à-vis de l'éloignement chronologique des risques** de subir des attaques de panique (bien sûr, si ce type de désagrément ne leur est jamais arrivé !) et, surtout, **de basculer dans la maladie mentale** à la défaveur des propriétés psychodysleptiques du THC (conjuguées avec un sol psychique très*

[14] *On songe aux déclarations désabusées de certains écrivains. Erik Satie (1981) s'interroge avec anxiété : « Quarantaine diabolique, où nous mènes-tu ? ». Jules Renard (1908) constate avec une froideur comptable : « Quarante quatre ans, c'est l'âge où l'on commence à ne plus pouvoir espérer vivre le double ». Michel Houellebecq (2005) ricane : « La vie commence à cinquante ans, c'est vrai ; à ceci près qu'elle se termine à quarante »…*

peu « porteur », vermoulu) : « Seuls les jeunes entrent dans la schizophrénie. A plus de 30 ans, on ne risque déjà plus rien, alors à 45 ans… » [15].

Cannabis et parentalités prévenantes

Par ailleurs, bien qu'ils en aient parfois « assez » de leur consommation de cannabis, qu'ils en aient bien identifié les risques et s'efforcent de minimiser ces derniers dans leur vie quotidienne, ***ces fumeurs de cannabis voient d'un œil plutôt positif leurs pairs d'âge et de « joints »****. Marcelli et Baudry (2006) portent une appréciation sévère sur les « parisiens bobos ex-soixante-huitards », présumés responsables de cette représentation : « les discours dominants médiatiques et culturels sont élaborés par une génération de quadras / quinquagénaires plutôt bourgeois qui ont gardé la nostalgie de leurs jeunes années de fumettes contestataires. Sauf à se renier, il leur est difficile de diaboliser un produit pour lequel ils gardent une certaine tendresse, particulièrement s'ils ne dédaignent pas de fumer encore un petit joint de temps en temps ». Cette considération pèche par omission : la plupart des fumeurs d'âge mûr ont des enfants, qu'ils veulent préserver du risque de démotivation scolaire, d'accident professionnel et routier et, surtout, d'« accrochage » au produit qui peut aller - certains sont bien placés pour le savoir ! – jusqu'à la dépendance psychique, la toxicomanie au cannabis. Cette inquiétude éducative est congruente avec celle que de nombreux adultes nourrissent à l'égard des consommations de tabac et d'alcool.* ***S'ils ne « satanisent » pas les « joints » en soi*** *(les arguments « massue » sont-ils de toute manière indiqués pour prévenir les risques sanitaires ?)****, ces fumeurs à la fois adultes et parents*** *(le plus souvent, d'adolescents, voire de jeunes adultes)* ***souhaitent en majorité que leur progéniture ne souffre pas des dangers que comporte la fumette de « joints »****. De façon corrélative,* ***ce souci s'étend aux risques que l'ivresse cannabique personnelle pourrait faire courir à la petite famille et « aux autres »*** *en général* [16] *lorsqu'il s'agit de prendre le volant. The last but not the least,* ***la consommation parentale ne se déroule alors pas en présence des enfants****, même si ces derniers, surtout si les deux parents « jointent », en connaissent souvent la réalité (ne serait-ce que parce l'usage de ce produit est très répandu chez les adolescents et les jeunes adultes et parce que ceux-ci quittent de plus en plus tardivement le cocon familial). C'est un peu comme les films pornographiques : « quand papa ou / et maman en visionnent, on s'en doute », mais ça n'a jamais lieu en famille et les DVD licencieux sont cachés ; de même, les barrettes de cannabis parental sont dissimulées avec soin…*

Ces familles où parents et adolescents fument des « joints »

A côté de ces parents qui donnent une limite éducative ad hoc vis-à-vis de leurs (grands) enfants (au moins parce qu'ils ne veulent pas d'ennuis judiciaires pour ces derniers, ainsi que pour eux-mêmes), on constate que ***certains fumeurs de joints de plus de quarante ans consomment du cannabis en présence de leur progéniture, voire avec celle-ci.*** *Ces adultes ou bien expérimentent des « joints » ou bien en sont coutumiers. Bien que cette occurrence soit minoritaire (et l'on ne s'en plaindra pas), elle nécessite d'être approfondie.*

Les consommateurs tardifs de cannabis qui choisissent d'en faire l'expérience et qui ne se cachent pas vis-à-vis de leurs enfants se caractérisent par des réactions identiques à celles des jeunes qui « en prennent pour voir ce que ça fait » *(ce qui transforme parfois ceux-ci en « initiateurs » bienveillants et désinhibés !) :*

---

[15] *Il y a plus de deux siècles, l'écrivain allemand Gotthold Ephraïm Lessing notait avec sagacité : « Si quelqu'un, lors de certains évènements, ne perd pas la raison, c'est qu'il n'en a point à perdre ».*

[16] *Les « pères de famille » sont sensibles au fait que certains accidents graves, voire mortels, sont causés par des conducteurs (pas toujours jeunes !) qui usent et abusent du « chichon ».*

*- D'une part, **l'offre de produit émane de préférence de pairs d'âge**. Dans l'enquête réalisée pour Nova Magazine (op.cit.), Rooms se souvient que ses parents repoussaient « la drogue » sans distinction et que son grand frère s'était même « fait griller » avec du cannabis et mis en demeure d'effectuer une cure de désintoxication (sic). Cette internaute poursuit : « La chance dans tout ça, ce sont les amis de mes parents ; ils ont réalisé que certains d'entre eux fumaient lors de soirées. Ces amis leur ont expliqué ce que c'était en réalité. Quelqu'un a roulé un pétard et ma mère a fumé son premier joint à 45 ans. Mon père n'a pas essayé mais a maintenant totalement accepté le fait que je fume ». En lien (prévisible) avec ces observations, **l'initiateur ad hoc peut aussi être l'un de ses propres enfants, au moins adolescent et qui n'en est lui-même pas à son « coup d'essai »** ! Fouffie (ibid.) rapporte que sa mère était d'abord terrorisée par les « fumettes » de ses deux grandes filles. Des discussions « intellectuelles » à l'initiative de ces dernières sont venues à bout des résistances de cette dame, avec un résultat qui a dépassé de loin l'imitation ponctuelle : « elle a fini par comprendre, et même admettre (voire apprécier…), que fumer un joint soit plutôt sympa, et même agréable. Pour ne rien faire comme tout le monde, elle s'est mise à fumer la cigarette très tard (il y a deux ans, environ). Pour ses 50 ans, on lui a offert un énorme pétard, et depuis, il arrive qu'on fume ensemble, quand le moment est propice et les petits couchés. Des fois c'est même elle qui en réclame (elle aime bien avoir un petit kit pour partir en vacances) » !*

*- D'autre part, les **effets du produit ne sont alors pas uniformes** : Caribou (ibid.) relate : « Mon père a fumé son premier joint avec un de ses ouvriers à 44 ans, ça lui a rien fait ». D'autres parents qui s'ouvrent de cette expérience auprès de leurs « ados » connaissent à l'inverse une ivresse caractérisée, mais dont l'évocation ultérieure en famille déclenche une hilarité sans failles (« Tu avais l'air « total destroy », Maman. C'était trop cool. On aurait dû te filmer pour Vidéogag »), au détriment de tout débat sur les risques du cannabis pour la santé et de tout rappel de son aspect illicite…*

***Certains adultes « confirmés » qui consomment du cannabis au long cours non seulement reconnaissent devant leurs adolescents qu'ils fument des « joints » mais les y incitent** ! Slinee raconte : « Le premier pétard que j'ai fumé, je devais avoir 15 ans et c'est ma mère qui me l'a passé au cours d'une fête sans vraiment faire attention » (ibid.). L'absence de crainte, pourtant au premier plan chez la majorité des « quadras et plus » usagers de cannabis, de « contaminer » leur progéniture en développant leur appétence pour ce produit, n'est guère explicitée par les intéressés. Je pense qu'elle traduit parfois l'idée, plus ou moins consciente et étayée, que des « enfants » âgés de 15 à 25 ans ont forcément expérimenté le cannabis, voire en fument avec régularité, et qu'ils connaissent les risques sanitaires et autres de cette consommation. Cette représentation, au demeurant, déculpabiliserait complètement ces parents dans la mesure où leurs adolescents ne les auraient pas « attendus » pour faire une place (variable mais réelle) aux « joints » dans leur mode de vie…*

***Dans ce contexte, lorsqu'une limite est posée, c'est par les enfants, qui refusent soit de fumer à leur tour ou / et avec leurs parents, soit d'en procurer à ces derniers…** Caribou explique : « Deux fois, en rigolant, mes parents m'en ont même proposé. [...] Je devais avoir 17 ans. J'ai dit non. C'étaient mes parents » (ibid.). Pour ce jeune, à ce moment là, le cannabis « était accepté et expérimenté, mais loin d'être une pratique adoptée » (ibid.). Cet adolescent rapporte également : « Ma mère a voulu que je lui fasse essayer mais j'ai refusé, ne voulant pas devenir le fournisseur attitré de la famille au cas où » (ibid.).*

*Enfin, **qu'ils soient expérimentateurs ou usagers réguliers de cannabis, les adultes de plus de quarante ans qui ne dissimulent pas cette consommation vis-à-vis de leurs grands enfants exigent que ce fait ne soit pas divulgué à l'extérieur de la cellule familiale**. Swan se souvient : « Mon père a fumé son premier pétard à 48 ans… J'en avais 14 […]. Un*

matin, en vacances scolaires, il m'a réveillée juste pour me dire ça […], c'était un secret que je devais garder » (ibid.). Slinee précise que ses parents - fumeurs assidus de « bédos » - l'ont sommée de ne pas en parler à l'école, car « ce n'est pas grave mais pas autorisé » (ibid.). La possibilité d'un « nous » familial aggloméré autour de ses propres lois versus « la société » ou « le monde », représenté par ses institutions (Education nationale, forces de l'ordre, justice, etc.), est ici patente…

<u>Pierre, père de famille et « accroc » au cannabis</u>

Je conclurai par l'observation clinique de Pierre, qui a effectué avec moi une « tranche » d'un an de psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

*Cet homme de 46 ans est marié depuis 25 ans et père d'un fils de 14 ans. D'allure (encore) sportive, il dirige une entreprise de menuiserie. Il fume du cannabis depuis l'âge de 15 ans et n'a jamais « arrêté ». Les autres produits ne l'attirent pas du tout. Il consulte parce qu'**à chaque tentative pour diminuer sa consommation, il est saisi par un état d'énervement qui le rend très agressif envers ses proches**. Ce phénomène le désespère, car il était persuadé de « gérer » ses « fumettes ». Bien qu'à l'aise sur le plan financier et entouré sur le plan affectif, il qualifie sa vie de « combat » et ce terme revient avec une fréquence étrange dans ses propos…*

*Pierre fume du cannabis dans un contexte très précis, ritualisé : deux « joints » chaque jour, ni plus ni moins et coup sur coup, juste après le dîner et avant de regarder la télévision en famille. Pour cela, il va dans la chambre conjugale et exige de ne pas être dérangé. Il s'interroge à présent sur ce que son fils, au seuil de l'adolescence, imagine au sujet de ce moment quotidien d'isolement et redoute qu'il « jointe » à son tour. Le patient insiste sur le fait qu'**il n'a jamais fait l'amour avec son épouse sans être sous ivresse cannabique** ; les quelques fois où il a voulu passer outre, il a été bloqué par une tension musculaire excessive et envahi par des « images effrayantes » où il frappait sa partenaire !*

*Pierre est fils unique et ses parents cédaient à tous ses caprices : « J'étais un môme pourri ». Il décrit son père comme un homme effacé, peu contrariant et, au grand dam de son épouse, « coureur de jupons ». La mère du patient était sage-femme, mais cette honorable profession voisinait avec la lecture compulsive de Mein Kampf (en allemand, « mon combat »…), étrange activité dont elle ne parlait jamais ! Par ailleurs, cette femme a pratiqué (avant la loi Veil sur l'IVG) de nombreux avortements clandestins chez des « notables ». Le plus inquiétant est qu'elle contraignait alors Pierre, âgé d'une dizaine d'années, à l'accompagner et lui interdisait de poser de questions et de parler de ces visites secrètes, dont il a peu à peu compris le but même si la raison de sa présence demeure une énigme [17]. Le garçonnet avait peur de sa sacoche de cuir et des instruments métalliques qu'elle recelait : « Pour moi, maman, c'était le double féminin de Jack l'Eventreur ». Le silence feutré et gêné des hôtes et les hurlements de douleur qu'il entendait depuis le salon ou la cuisine redoublaient sa frayeur et sa perplexité. La remémoration et l'élaboration de ces souvenirs se sont avérées déterminantes dans la prise en charge. Certes, Pierre avait lui-même cerné le rôle auto-calmant de sa dépendance au cannabis, mais nos rencontres lui ont permis de **retrouver et d'amenuiser la terreur, la rage et la confusion qu'il éprouvait, enfant, face aux bizarreries comportementales de sa mère** et, partant, d'en **déconstruire les conséquences anachroniques et délétères - jusqu'alors affrontées au moyen des effets sédatifs et myorelaxants des « joints » -** sur sa vie conjugale et son exercice de la paternité.*

[17] *J'ai consacré une étude princeps (1996) aux liens entre les « pathologies du secret psychique » et la mise en place (à visée « autothérapeutique ») de certaines addictions, en premier lieu l'héroïnomanie.*

Bibliographie

Beck F., Legleye S., Spilka S. (2007a) Drogues. In : Guilbert P, Gautie A et al. Baromètre santé 2005. Saint-Denis : INPES.
Beck F., Legleye S., Spilka S. (2007b) Niveaux d'usage et profil des usagers en France en 2005. In : Costes J.-M. et al. Cannabis, données essentielles. Saint-Denis : OFDT : 20-29.
Ben Lakhdar C. (2008) La culture du cannabis en France : volume et quantité estimés. Saint-Denis, OFDT.
Boyd S.J., Tashkin D.P., Huestis A.M., Heishman S.J., Dermand J.C., Simmons M.S., Gorelick D.A. (2004) Stratégies de sevrage utilisées par les fumeurs de cannabis non demandeurs d'un traitement. Alcoologie et addictologie, 26, 4 : 323-326.
Costes J.-M., Legleye S., Cadet-Taïrou A. (2007) Les usagers réguliers de cannabis, leurs contextes et leurs modalités de leurs usages. In : Costes J.-M. et al. Cannabis, données essentielles. Saint-Denis : OFDT : 42-51.
Ehrenberg A. (1998) La fatigue d'être soi. Dépression et société. Paris : Odile Jacob.
Grimbert P. (1999) Pas de fumée sans Freud. Psychanalyse du fumeur. Paris : Armand Colin.
Hachet P. (1996) Les toxicomanes et leurs secrets. Paris : L'Harmattan, 2007.
Hachet P. (2000) Ces ados qui fument des joints. Paris : Fleurus.
Hachet P. (2005) Histoires de fumeurs de joints. Paris : In Press.
Hachet P. (2009) Qui sont les « vieux » qui fument des « joints » ? In : Fernandez L. et al. Les addictions du sujet âgé. Paris : In Press : 93-101.
Houellebecq M. (2005) La possibilité d'une île. Paris : Fayard.
Jaques E. (1963) Mort et crise du milieu de la vie. In : Anzieu D. et al. Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1979 : 277-305.
Kunzé F. (2006) Cannabis : les vieux fumeurs arrivent en consultation. L'Union, 5 mars.
Le cannabis et moi. De 15 à 65 ans, 200 fumeurs racontent (2007). Préface de Bizot J.-F. Annexes de Lentin J.-P. Paris : Actuel / Editions du Panama.
Lautréamont (1869) Les chants de Maldoror et autres textes. Paris : Le Livre de poche, 1992.
Lessing G.E. (1780) L'éducation du genre humain. Paris : Findakly, 1999.
Marcelli D., Baudry C. (2006) Qu'est-ce que ça sent dans ta chambre ? Votre ado fume-t-il du cannabis ? Paris : Albin Michel.
Nerval G. de (1851) Voyage en Orient. Paris : Gallimard, 1998.
Pelé M. (1997) L'interprétation des raves. Paris : Baleine.
Renard J. (1887-1910) Journal. Paris : Gallimard, 1990.
Sami-Ali M. (1971) Le haschich en Egypte. Essai d'anthropologie psychanalytique. Paris : Dunod, 1988.
Satie E. (1981) Ecrits. Paris : Champ Libre.
Sissa G. (1997) Le plaisir et le mal. Philosophie de la drogue. Paris : Odile Jacob.
Tarot J.-P. (2005) Etats-Unis : Les seniors consommateurs de cannabis… à usage thérapeutique. Senioractu.com, 12 mai.
Vidalie A. (2008) Drogues : les papys accrocs. L'Express, 18 avril.

***En 2009, l'équipe du CSST de Compiègne a publié** :*

- 1 chapitre d'ouvrage collectif :
Hachet, P. (2009). Qui sont les « vieux » qui fument des « joints » ? In : L. Fernandez (Eds). Les addictions du sujet âgé, Paris : In Press, coll. Psycho, pp.93-101.

Les représentations sociales du cannabis comme « drogue de jeune » sont congruentes avec les données épidémiologiques : les personnes âgées de plus de 60 ans qui fument des « joints » sont des « oiseaux rares et plutôt méconnus ». L'auteur propose plusieurs hypothèses pour rendre compte du désintérêt marqué de nos seniors vis-à-vis de cette substance psychoactive. Il considère que le manque actuel d'affinités électives entre les personnes âgées et cannabis sativa est appelé à changer en ce qui concerne les « vieux du futur ». En lien partiel avec ce point, il explique que les plus âgés des fumeurs de « joints » réguliers se recrutent aujourd'hui parmi les quadragénaires et les quinquagénaires, dont la consommation peut être interrogée à la lueur des remaniements psychiques déclenchés par la « crise du milieu de vie ».

- 1 article scientifique :
Hachet, P. (2009) Traumas familiaux dans les deux lignées chez une toxicomane. Psychotropes, revue internationale des toxicomanies.

L'auteur restitue un fragment de la psychothérapie analytique de Christelle, une héroïnomane âgée de 24 ans. Cette patiente avait entrepris, dès l'enfance, de « soigner » les failles psychiques respectives de ses deux parents (le deuil pathologique de son père et l'influence transgénérationnelle du deuil pathologique de sa grand-mère maternelle), au mépris de ses propres désirs et au moyen d'une inquiétude permanente pour leur état de santé. A l'adolescence, cette « solution » déployée par Christelle face à sa perception précoce (et dès lors inscrite dans son fonctionnement psychique) des drames familiaux a pris la forme d'un étrange sentiment de « pitié amoureuse » qui la saisissait au moment de faire l'amour. L'addiction à l'héroïne permettait d'estomper, de façon certes temporaire et inefficace, les manifestations nauséeuses de cet affect « parasitaire ».

LE CENTRE DE BEAUVAIS

I. ACTIVITECLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files active*
- *B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009*
- *C. Commentaires*

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Répartition par sexe*
- *B. Tranche d'âge*
- *C. Moyenne d'âge*
- *D. Origine géographique*
- *E. Statut matrimonial*
- *F. Nombre d'enfants*
- *G. Logement*
- *H. Situation professionnelle*
- *I. Origine principale des ressources*
- *J. Origine de la demande*
- *K. Couverture sociale*
- *L. Etat de santé des patients*
- *M. Les sevrages*
- *N. Traitements de substitution*
- *O. File active des patients substitués suivis au service*
    - *a) Méthadone*
    - *b) Buprénorphine*
- *P. Tranche d'âge début toxicomanie*
- *Q. Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables*
- *R. Evaluation du risque d'usage par rapport au produit N°1*
- *S. Voie intraveineuse*
- *T. Modalité de consommation*
- *U. Justice*
- *V. Les orientations réalisées par le service*
- *W. Réduction des risques au centre de soins*
- *X. Activité de groupe thérapeutique*

III. LES ECRITS

Le partage de compétences entre les consultants du CSST et les membres de l'équipe (Mr Sébastien DUNET éducateur spécialisé)

Membres de l'équipe

Me Dominique LEFEVRE-Chef de service (0,5 ETP).
Me Nathalie HEYMES-Médecin généraliste (0,4 ETP).
Me Ghislaine BONGARTZ-Infirmière (0,5 ETP).
Me Catherine PAILLARD-Infirmière (0,5 ETP).
Mlle Virginie BAILLE-Psychologue (0,5 ETP).
Me Martine TAINTURIER-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Mr Sébastien DUNET-Educateur spécialisé (1 ETP).

Stagiaires

Mlle Vanessa PHILIPPE-Monitrice éducatrice IRFFE.
Mlle Ingrid SAINT (Plate-forme découverte des métiers).
Mme Manouchka JULES-Educatrice spécialisée (en VAE) IRFFE.
M. Arnaud MICHARD-Psychologue Master 2 université Nanterre.

INTRODUCTION

La file active du CSST de Beauvais se stabilise depuis ces trois dernières années. Elle s'équilibre d'elle-même entre les sorties des consultants suivis de longue date et les entrées des nouveaux consultants. Les motifs de sortie seront détaillés dans le chapitre « file active des patients suivis au centre ».
Le taux de renouvellement de la file active consultants est de 39% (42% en 2008).
Dans la file active globale, 47% des patients ont un traitement de substitution dont 31% suivis au service. Parmi les patients rencontrés par le médecin, 8% ont un traitement à la buprénorphine et 23% à la méthadone.
Nous observons que les actes sont en progression alors que le nombre d'usagers est identique aux années précédentes. Une présentation décline précisément dans le chapitre « actes » à quelle type de fonction correspond cette hausse. Elle met en évidence, les difficultés de certains usagers à respecter une bonne observance de leur traitement. En effet, l'équipe pluridisciplinaire a dû faire face en 2009, à l'accroissement des consommations de stupéfiants, de médicaments détournés de leur usage et/ou à l'abus d'alcool de patients sous traitement de méthadone. Cette réalité, nous a conduit à recevoir ces personnes, quotidiennement, voire, pour certains, deux fois dans la même journée et ce, afin de s'assurer qu'ils pouvaient recevoir leur traitement, sans risques pour leur vie. Continuer à soutenir ces patients, permet à minima, de réduire les risques sanitaires et de les aider à préserver au mieux les évolutions acquises depuis le début de leur initialisation. Ces situations nécessitent une attention particulière notamment, de l'équipe médicale (rendez-vous réguliers avec le médecin et les infirmières pour des délivrances quotidiennes de traitement).

Les éducateurs interviennent dans la salle d'accueil. Ils peuvent avoir à gérer un public de consommateurs actifs qui manifestent parfois des attitudes « dérangeantes » pour les patients désireux de mettre de la distance avec l'usage de stupéfiants. Les éducateurs doivent être vigilants pour maintenir un cadre sécurisant à l'ensemble des personnes accueillies.

La rencontre d'un public, qui s'approprie de manière variée, la démarche de soin et le traitement de substitution, suscite des échanges avec les professionnels notamment sur les

objectifs de soins conduisant vers l'abstinence de produits qui leur procurent du mieux être psychique. La méthadone ou le subutex n'entraînent pas l'effet de « tamisage » de la douleur morale, ce qui amène un certains nombre d'usagers du centre à chercher à nouveau les sensations que procure l'héroïne.

Au cours de cette année, l'équipe s'est interrogée sur sa pratique, afin de concilier l'accueil et le suivi de personnes qui tendent vers un objectif d'abstinence et l'accompagnement de personnes pour qui cet objectif n'est pas une priorité.

La mise en œuvre d'un programme méthadone dit « bas seuil » sera pour l'année à venir notre préoccupation majeure.

I. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMENTAIRES

A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives

	2007	***2008***	***2009***
*File active usagers**	*329*	*335*	*323*
Nombre de patients vu au moins une fois	*329*	*335*	*323*
- dont nombre de patients vu une seule fois	*61*	*51*	*44*
- dont nombre nouveaux usagers	*165*	*141*	*127*
File active entourage	*63*	*53*	*42*
- dont nombre nouvelles personnes	*50*	*40*	*33*
Total file active	***392***	***388***	***365***

B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009

	2007	***2008***	***2009***
Actes médicaux	*738*	*765*	*907*
Actes infirmiers (tous confondus)	*4143*	*4365*	*5829*
Actes psychologiques	*344*	*228*	*289*
Actes sociaux-éducatif	*730*	*713*	*784*
Actes réalisés en incarcération	*83*	*59*	*81*
*Actes-accueil**	*4413*	*4365*	*5214*
*Actes réalisés auprès de l'entourage***	*120*	*119*	*86*
Total des actes	***10451***	***10495***	***13112***

* *Les actes-accueil comptabilisent les passages quotidiens des personnes reçues au service et accueillies par les différents membres de l'équipe (usagers, patients réguliers, accompagnateurs, entourage/famille, etc.)*

** *Il s'agit de comptabiliser les entretiens réalisés auprès de l'entourage (parents, conjoints, enfants, etc.)*

C. Commentaires

La file active globale du service est en baisse de 6%.
La file active parents est en diminution de 17,5%. Elle est composée des parents rencontrés lors d'entretiens individuels. Ne sont pas comptabilisés, les parents et autres membres de la famille qui accompagnent et attendent un consultant, en rendez-vous avec un membre de l'équipe ou reçus par les infirmières pour la délivrance de son traitement.
La file active usagers est en diminution de 4%.

Le taux de renouvellement de la file active usager est de : 39%.
Le taux de renouvellement de la file active parents est de : 79%.

Malgré une légère baisse de la file active usagers, nous observons une augmentation du total des actes de, 19 %. Dans le détail :

- *Les actes infirmiers*
  Ils sont, avec les actes accueil (+20%) en grande partie la source de l'augmentation observée. Le taux de croissance est de : 34%.
  L'intensification de l'activité des infirmières est liée à la délivrance au quotidien du traitement de méthadone.
  Le tiers environ de la file active des personnes suivies au centre pour la prescription et la délivrance de leur traitement de substitution à la méthadone vient quotidiennement. Pour quelques uns d'entre eux, ce fut le cas durant toute l'année. Cette présence régulière permet à l'équipe de s'assurer, que l'état physique de ces usagers leur permet de supporter le traitement, d'avancer sur d'éventuelles orientations afin d'éloigner du milieu à risques (séjours en communauté thérapeutique ou autres lieux de vie) et plus généralement d'échanger avec eux afin qu'ils s'approprient les recommandations préconisées par l'équipe au sujet de leur santé.
  Les passages quotidiens au service concernent en premier chef les personnes nouvellement initialisées au traitement. Cette année, 20 patients ont mené la démarche à terme. En effet, l'obligation d'une venue quotidienne peut être un frein à la concrétisation de ce projet notamment pour celles et ceux qui habitent en milieu rural, sans moyen de transport. Cette situation n'est pas rare et dans ce cas, l'équipe du centre contacte la pharmacie la plus proche du lieu de résidence du patient afin de continuer la délivrance et la prise du traitement au quotidien, directement à l'officine. La prescription est hebdomadaire et le patient concerné rencontre le médecin du service tous les quatorze jours. A chaque passage hebdomadaire, une analyse d'urine est effectuée et la remise de l'ordonnance se fait lors d'un entretien d'évaluation, en présence d'une infirmière ou d'un éducateur. S'il s'avère que le patient prend des risques, l'équipe lui impose alors une régularité de passages plus soutenue, trois fois semaine au minimum.
  Parfois, ce sont les pharmaciens eux-mêmes qui prennent contact avec l'équipe afin de signaler leur inquiétude, des dysfonctionnements ou des problèmes rencontrés avec les patients.

- *Les actes médicaux*
  Le médecin a reçu en consultation 124 personnes, soit 38% de la file active usagers reçue au service. Nous observons que cette activité est stable depuis ces trois dernières années, en revanche, le nombre d'actes a progressé de 19%.
  Le taux de renouvellement est de 28%
  En plus des consultations prévues pour le suivi des patients, cette année, le médecin a été particulièrement sollicité par les infirmières et les éducateurs. En effet, certains consultants, substitués à la méthadone, ont continué parallèlement à consommer des opiacés (héroïne, skénan). Ces situations ont nécessité l'avis médical afin d'envisager, le cas échéant, la modification de posologie du traitement pour le jour même et selon l'évaluation, les jours suivants. En fonction de l'évolution des comportements de ces patients, le médecin rééquilibre alors, en toute sécurité pour la santé des personnes concernées, le dosage de méthadone. Ce type de situations mobilise beaucoup l'intervention du médecin, cela explique l'augmentation significative des actes médicaux.

Depuis la médicalisation du service, le temps de présence du médecin est de 0,4 ETP et, nous constatons aujourd'hui que la gestion des situations imprévues occupe de plus en plus son temps.
Par ailleurs, 8 personnes, ont été orientées auprès du médecin par les éducateurs parce qu'elles évoquaient des signes de mal-être à l'arrêt du cannabis ou qu'elles souhaitaient un soutien médical pour les aider à arrêter leur consommation.

- *Les actes sociaux-éducatifs*
  Lorsque le taux de renouvellement de la file active est élevé, les actes éducatifs sont de fait en augmentation. En effet, pour les nouvelles personnes, les éducateurs proposent des rencontres rapprochées, en entretien individuel. Cela permet de faire connaissance et d'élaborer le projet d'accompagnement.

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Répartition par sexe

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*48*	*44*	*58*
Hommes	*281*	*293*	*265*
Total	*329*	*335*	*323*

14% de la file active est constituée de femmes. Sur cette faible représentation, nous notons néanmoins un taux de croissance de 32%.

B. Tranches d'âge

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 20 ans	*11*	*0*	*8*
dont moins de 18 ans	*1*	*0*	*1*
20-24 ans	*73*	*73*	*75*
25-29 ans	*84*	*91*	*97*
30-39 ans	*124*	*118*	*103*
40-49 ans	*36*	*51*	*38*
50-59 ans	*1*	*2*	*1*
60 et plus	*0*	*0*	*0*

C. Moyenne d'âge

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*30,4*	*31,6*	*30,07*
Hommes	*30,4*	*31,4*	*30*
Générale	*30,4*	*31,4*	*30,05*

La moyenne d'âge générale est en baisse d'une année environ.
Nous observons une diminution de 25,5% de la tranche d'âge 40-49 ans au profit d'une présence accrue des moins de 20 ans de 2,5%.

D. Origine géographique

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*157*	*155*	*301*
- dont originaires du département	*151*	*151*	*298*
- dont originaires de la ville d'implantation du service	*140*	*156*	*158*
En provenance d'autres régions	*13*	*8*	*8*
Non renseigné	*159*	*172*	*14*

96 % des personnes accueillies sont originaires du département dont, 53 % issues de la commune de Beauvais ou de son agglomération.

E. Statut matrimonial

	2007	***2008***	***2009***
Célibataire	*188*	*180*	*179*
Union libre	*79*	*79*	*72*
Marié	*30*	*29*	*23*
Séparé	*-*	*11*	*14*
Divorcé	*16*	*28*	*21*
Veuf (e)	*-*	*0*	*0*
Non renseigné	*16*	*8*	*14*

Nous enregistrons peu de changement par rapport à l'année 2008, concernant le statut matrimonial des usagers accueillis au service.
56% sont célibataires.
31% sont mariés ou vivent en union libre.
11% sont soit séparés ou divorcés.

F. Nombre d'enfants

	A charge	*Non à charge*
Un	*41*	*28*
Deux	*15*	*7*
Trois	*7*	*7*
Quatre et plus	*3*	*1*
Non renseigné	*4*	*1*

G. Logement

	2007	***2008***	***2009***
Indépendant	*99*	*163*	*130*
Stable en famille	*83*	*89*	*115*
Provisoire ou précaire	*30*	*38*	*26*
SDF	*7*	*5*	*6*
Etablissement pénitentiaire	*49*	*26*	*23*
Non renseigné	*61*	*14*	*23*

40% des personnes reçues au centre ont un logement indépendant.
36% vivent, soit au sein de leur famille, soit dans un logement dont le loyer est payé par un membre de la famille.
8% ont un logement précaire.
2% sont sans domicile fixe.
Ces indicateurs ont peu évolué par rapport à l'année précédente. En effet, nous notons que 76% des personnes rencontrées ont un logement stable, contre 75% en 2008.

H. *Situation professionnelle*

	2007	***2008***	***2009***
Ont un emploi	*98*	*93*	*88*
Activité intermittente	*49*	*48*	*59*
Arrêt prolongé	*52*	*39*	*63*
Sans emploi	*58*	*75*	*93*
Non renseigné	*72*	*80*	*20*

I. *Origine principale des ressources*

	2007	***2008***	***2009***
Revenus de l'emploi (y compris retraite, pension invalidité)	*133*	*141*	*118*
Assedic	*53*	*67*	*50*
RMI/RSA	*43*	*52*	*46*
AAH	*7*	*11*	*10*
Autres prestations sociales	*0*	*8*	*8*
Ressources provenant d'un tiers	*8*	*4*	*11*
Autres ressources (y compris sans revenu)	*50*	*41*	*54*
Non renseigné	*35*	*11*	*26*

40% des consultants disposent de ressources liées à une activité salariale, soit 4% de moins qu'en 2008.
17% perçoivent les ASSEDICS, soit 3% de moins que l'année dernière.
15% ont le RMI/RSA.
4% bénéficient de la solidarité de la famille soit 3% de plus qu'en 2008.
3% ont l'Allocation Adulte handicapé.
3% vivent d'autres prestations sociales.
18% ont d'autres ressources.

J. *Origine de la demande de consultation*

	2007	***2008***	***2009***
Initiative du patient ou des proches	*179*	*175*	*185*
Médecin de ville	*18*	*16*	*16*
Structures spécialisées (CCAA, CSST, autres.)	*0*	*0*	*17*
Equipe de liaison	*0*	*0*	*0*
Autre hôpital, autre sanitaire	*0*	*0*	*0*
Institutions et services sociaux	*13*	*10*	*15*
Justice obligation de soins	*40*	*67*	*27*
Justice injonction thérapeutique	*71*	*67*	*52*
Autre mesure administrative ou judiciaire	*8*	*0*	*4*
Milieu scolaire/universitaire	*0*	*0*	*0*
Autre	*0*	*0*	*0*
Non renseigné	*0*	*0*	*7*

Comme les années précédentes, nous constatons que 54% des consultants viennent au service soit de leur propre initiative ou soit sur l'impulsion de leur famille ou entourage.

Bien que nous nous en étonnions chaque année, les orientations des médecins de ville restent marginales : 5%.
Les orientations des services de la justice sont en baisse. Elles représentent cette année 25% des adressages contre 40% en 2008. Cette diminution s'observe notamment pour les mesures d'obligation de soins (9% contre 20% l'année dernière). Les injonctions thérapeutiques ainsi que les mesures alternatives aux poursuites restent stables.
Les orientations des travailleurs sociaux restent quant à elles, toujours faibles et ce depuis plusieurs années. Des rencontres avec les équipes, des centres d'hébergement d'urgence ou des CHRS, ont lieu, soit dans le cadre de rencontres proposées par le RESAB, soit à leur demande. Dans les deux cas, la même question est posée : comment accompagner une personne vers le dispositif de soin ?

K. *Couverture sociale*

	2007	***2008***	***2009***
Régime général et complémentaire	-	*111*	*112*
Régime général sans complémentaire	-	*108*	*117*
CMU avec complémentaire	-	*91*	*76*
CMU sans complémentaire	-	*0*	*0*
Sans couverture sociale	-	*4*	*2*
Non renseigné	-	*21*	*16*

36% ont des droits au régime général assortis à une assurance complémentaire, soit 12% de moins qu'en 2008.
25% disposent de la CMU.
38% bénéficient uniquement de la couverture du régime général, soit 22% de plus qu'en 2008.
1% sont sans couverture sociale

L. *Etat de santé des patients*

	2007	***2008***	***2009***
Taux de renseignement HIV	*53,5%*	*88%*	*77%*
Tests effectues	*145*	*220*	*176*
Séropositifs	*2*	*1*	*1*
Nombre de patients sous traitement	*2*	*1*	*1*
Taux de renseignement VHC	*53,5%*	*88%*	*77%*
Tests effectués	*145*	*219*	*176*
Séropositifs	*31*	*12*	*25*
Nombre de patients sous traitement	*nr*	*nr*	*nr*
Nombre d'hépatite C guérie	*nr*	*nr*	*nr*
Taux de renseignement VHB	*53,5%*	*88%*	*77%*
Tests effectués	*145*	*219*	*177*
Nombre de vaccinations réalisées au centre	*-*	*-*	*0*
Séropositifs	*40*	*45*	*38*
Couverts par la vaccination	*40*	*45*	*38*
Nombre de prélèvements sanguins réalisés au service	*34*	*17*	*15*
Nombre de patients orientés vers le CPES	*-*	*-*	*16*
Nombre actes « bobologie »	*95*	*96*	*26*
Nombre actes de distribution de traitement	*2949*	*2833*	*4290*
Nombre de patients présentant des comorbidités psychiatriques	*15*	*10*	*22*
Nombre de patients qui ont bénéficie antérieurement d'un suivi spécialisé	*-*	*19*	*23*

L'état de santé des consultants est renseigné pour un taux de 77%. Ce pourcentage est en baisse par rapport à 2008. Il est à noter que dans la file active usagers 44 personnes (soit 14%) n'ont été reçues qu'une seule fois. Cette unique rencontre n'a pas permis d'investiguer leur situation sanitaire.

M. *Les sevrages*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de sevrages réalisés	*6*	*18*	*10*
- dont ambulatoire	*3*	*6*	*6*
▪ *buprénorphine*	*0*	*3*	*2*
▪ *méthadone*	*3*	*3*	*4*
▪ *alcool*	*0*	*0*	*0*
▪ *benzodiazépine*	*0*	*0*	*0*
▪ *héroïne*	*0*	*0*	*0*
▪ *autres*	*0*	*0*	*0*
- dont hospitaliers	*3*	*12*	*4*
▪ *buprénorphine*	*0*	*0*	*0*
▪ *méthadone*	*0*	*0*	*1*
▪ *alcool*	*1*	*2*	*1*
▪ *benzodiazépine*	*1*	*0*	*0*
▪ *héroïne*	*1*	*10*	*1*
▪ *autres/Polytoxicomanie*	*0*	*0*	*1*

N. *Traitements de substitution*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de patients sous traitement dans la file active globale	*153*	*169*	*152*
- dont patients sous buprénorphine	*80*	*86*	*64*
- dont patients sous méthadone	*73*	*83*	*88*
*Nombre de patients sous traitement suivis par le centre**	*115*	*113*	*101*
- dont patients sous buprénorphine	*46*	*41*	*26*
- dont patients sous méthadone	*69*	*72*	*75*
*Nombre patients sous autres traitement à visée substitutive ***	*0*	*0*	*0*

* *Hors file active suivie en incarcération*

** *Indiquer dans ce cas le nom du traitement.*

47% des personnes constituant la file active usagers bénéficient d'un traitement de substitution, dont 42% le subutex et 58% la méthadone.

66% (101) des patients sous traitement de substitution (152) sont suivis directement au CSST dont, 26% (26) pour la substitution par le subutex et 74% (75) pour la méthadone.

Le taux de renouvellement (nouveaux patients) est de 35% (35) dont 71% (25) pour la méthadone et 29% pour la buprénorphine.

O. *File active de patients substitués suivis au service (hors file active suivie en incarcération)*

a) *Méthadone*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*8*	*10*	*12*
Nombre d'hommes	*61*	*62*	*63*
Nouveaux patients	*17*	*24*	*25*
Nombre d'initialisation réalisée par le service	*9*	*13*	*20*
Nombre de relais	*8*	*19*	*17*
Nombre de patients délivrés en pharmacie de ville	*21*	*15*	*22*
Nombre de patients suivis en médecine et pharmacie de ville	*11*	*11*	*9*
Nombre de patients délivrés sous forme gélules	*0*	*2*	*9*
Nombre de patients sortis du programme	*54*	*55*	*26*
- dont devenus abstinents	*3*	*3*	*4*
- dont, de leur propre initiative	*30*	*14*	*11*
- dont, à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*0*	*2*	*2*
- dont exclusion (violence)	*0*	*1*	*0*
- dont relais médecine de ville/CSST/CT/PC	*21*	*33*	*11*

Cette année, nous avons enregistré 35 demandes d'initialisation au traitement méthadone :

- *15 d'entre elles se sont désistées le jour convenu ou ne sont pas venues à la consultation pour préparer l'initialisation. Cette rencontre, avant la mise en œuvre du traitement, permet au médecin d'évoquer toutes les*

recommandations afin que le patient soit en état physique de recevoir les premiers dosages de méthadone.

- *20 d'entre elles ont confirmé leur démarche et ont été intégrées au programme.*

b) <u>Buprénorphine</u>

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*3*	*4*	*2*
Nombre d'hommes	*43*	*37*	*24*
Nouveaux patients	*10*	*11*	*10*
Initialisation	*4*	*3*	*3*
Nombre de relais	*5*	*4*	*3*
Nombre de patients délivrés en pharmacie de ville	*46*	*41*	*26*
Nombre de patients sortis du programme	*8*	*16*	***13***
- dont devenus abstinents	*0*	*0*	*2*
- dont, de leur propre initiative	*5*	*15*	*8*
- dont, à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*1*	*1*	*0*
- dont, orientés sous prescription méthadone	*0*	*0*	*1*
- dont, exclusion (violence)	*0*	*0*	*0*
- dont orienté vers un CSST ou autres	*2*	*0*	*2*

P. <u>Tranches d'âge début toxicomanie</u>

Moins de 18 ans	*98*
18-24 ans	*56*
25-29 ans	*8*
30-34 ans	*3*
35-39 ans	*1*
40-44 ans	*0*
45-49 ans	*0*
50 ans et plus	*0*
Non renseigné	*157*

La lecture de ce tableau nous indique que très peu de personnes deviennent dépendantes après 30 ans.
En revanche, les mineurs déclarent avoir déjà consommé un stupéfiant. Le cannabis est le premier produit le plus souvent cité.

*Q. Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables **

	1er produit le plus dommageable	*2ième produit le plus dommageable*	*3ième produit le plus dommageable*
Alcool	*9*	*15*	*6*
Tabac	*0*	*0*	*0*
Cannabis	*75*	*47*	*14*
Opiacés	*98*	*18*	*5*
Cocaïne et crack	*12*	*17*	*5*
Amphétamines, ecstasy, …	*2*	*7*	*9*
Médicaments psychotropes détournés	*1*	*3*	*0*
Traitement substitution détourné	*5*	*0*	*1*
Autres	*3*	*2*	*0*
Pas de produits	*90*	*33*	*20*
Non renseigné	*31*	*185*	*267*
Total** **(100% de la file active)	*323*	*323*	*323*

** Pour les patients vus pour la première fois ou revus après interruption, il faut considérer les produits consommés les plus dommageables pour lui, dans les 30 derniers jours précédant le contact.*
Pour les patients déjà suivis, il faut considérer les derniers produits les plus dommageables consommés connus.
En l'absence de consommation dans les 30 derniers jours, il faut alors se référer au dernier produit le plus dommageable consommé.

*R. Evaluation du risque d'usage par rapport au produit N°1 (hors tabac) **

	Nombre de patients
En usage à risque	*36*
En usage nocif	*35*
En dépendance	*145*
Non renseigné	*107*

*S. Voie intraveineuse **

	Nombre patients
Ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	*28*
Ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (auparavant au dernier mois)	*29*
N'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse antérieurement	*218*
Non renseigné	*48*

** Mois précédent le contact pour les patients inconnus.*
Dernière situation connue pour les patients déjà suivis.

Dans la file active usagers, 67,50 % n'ont jamais utilisé la voie intraveineuse pour leurs consommations.
Sur les 28 patients ayant utilisé l'injection au cours du mois précédent, 4 nouveaux sont concernés.
Parmi les 29 ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement, 2 nouveaux consultants sont dans cette situation.
Le faible taux d'utilisation de la voie injectable (18%) apporte sûrement un éclairage, sur le constat que seules 25 personnes sont porteuses du virus de l'hépatite C. Nous ne notons pas de nouvelles contaminations par le VIH.
Nous nous réjouissons de la réussite des actions de prévention des risques sanitaires portées par l'association depuis de nombres années (mises à disposition de stéribox , totem à Creil et services du CARRUD) .

T. Modalité de consommation

	Nombre de patients
Injecté	*28*
Sniffé	*90*
Mangé/Bu	*13*
Fumé	*77*
Non renseigné	*115*

U. Justice

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de personnes suivies sous main de justice	*162*	*171*	*184*
- dont obligation de soin	*40*	*67*	*66*
- dont contrôle judiciaire	*8*	*10*	*17*
- dont injonction thérapeutique	*71*	*67*	*54*
- dont travail d'intérêt général	*4*	*4*	*2*
- dont bracelet électronique	*4*	*4*	*6*
- dont autres (précisez)	*28*	*4*	*27*
- dont non renseigné	*7*	*19*	*12*
Nombre de personnes suives en incarcération	*49*	*35*	*27*
Sans objet	*146*	*137*	*145*

V. Les orientations réalisées par le service

	2007	***2008***	***2009***
Vers une postcure	*0*	*1*	*2*
Vers une communauté thérapeutique	*3*	*0*	*2*
Vers une hospitalisation spécialisée (hôpital psychiatrique)	*0*	*0*	*1*
Vers une hospitalisation en hôpital général	*0*	*10*	*3*
Vers un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	*0*	*1*	*0*
Vers autres	*0*	*1*	*1*

W. *Réduction des risques au centre de soins*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de kits distribués (pris ou remis)	*432*	*520*	*1078*
Nombre de stérifilts distribués (pris ou remis)	*0*	*0*	*540*
Nombre de préservatifs distribués (pris ou remis)	*-*	*1160*	*1280*
*Nombre de plaquettes d'information distribuées **	*-*	*-*	*-*
Nombre de seringues usagées récupérées	*-*	*-*	*150*
Nombre de récupérateurs individuels de seringues usagées distribués	*0*	*0*	*24*

** Non comptabilisé*

Dans la salle d'accueil, proche de la porte d'entrée, du matériel de réduction des risques sanitaires est en libre accès. Les consultants se servent, dans la plus part des cas, hors du regard des membres de l'équipe. La presque totalité des kits seringues a été utilisée par des consultants suivis par le service et substitués par la méthadone

Les infirmières et le médecin abordent ce sujet avec une quinzaine de personnes.
Lorsque nous les voyons se servir, nous leur proposons de prendre des containers de récupération et de les ramener ensuite au service. Bon nombre d'entre eux, n'y sont pas favorables. Ils invoquent la crainte d'un contrôle de police ; la présence du container (vide ou plein) dans leurs poches risquerait de les faire « repérer comme toxicomanes ». Ils nous assurent se débarrasser correctement des seringues usagées dans le souci d'éviter que quelqu'un ne se blesse. Cette mise à disposition de matériel stérile a permis à trois personnes de s'approvisionner. Elles n'ont pas souhaité pour le moment plus de relation. Nous leurs avons indiqué l'existence et remis l'affichette du CARRUD, situé proche du CSST.

X. *Les activités thérapeutiques **

Nombre de groupes	*12*
Nombre de réunions	*0*
Nombre de patients concernés	*15*

** Sont considérées comme activité de groupe thérapeutique toutes les activités associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.*

III. LES ECRITS

Le partage de compétences entre des consultants du CSST et des membres de l'équipe

L'entretien des locaux d'accueil est une nécessité incontournable et davantage pour ceux qui comme nous, au centre de soins de Beauvais, bénéficions d'espaces verts. Cette occupation prend du temps…et du temps, les usagers disent en avoir trop et ne pas savoir quoi en faire.
L'accès au centre et les services proposés sont gratuits pour chacun des usagers qui s'y présentent. Il leur appartient aussi de faire vivre le lieu et de le rendre agréable.
Il nous est donc apparu légitime d'impliquer, de manière bénévole, les usagers dans ces travaux d'entretien courant... une sorte d'échange de bons principes entre eux et nous.
Il n'a bien sûr jamais été question de rendre obligatoire cette participation.

Cet investissement a été présenté comme une manière d'occuper le temps, dans l'idée de casser la routine, dans une bonne ambiance et de façon totalement désintéressée.
Plusieurs activités se sont donc organisées : autour des espaces verts, de l'entretien du bâti, et de la finition des travaux d'aménagement du grenier.

L'information a été transmise par voie d'affichage et d'inscription auprès de l'éducateur. Si, bien sûr, il y eut beaucoup d'inscrits, un petit nombre s'est effectivement déplacé pour donner un coup de main.
Afin de ne laisser aucun doute quant à notre participation à ces travaux, au moins un membre de l'équipe a toujours été activement présent. Il était aussi d'une certaine façon, le garant que l'entretien se ferait quoiqu'il se passât.

L'activité la plus régulière du printemps à l'automne est bien sûr l'entretien des espaces verts. Sans y passer des journées entières, cette activité nécessite une régularité afin d'endiguer la pousse des haies et de l'herbe dans le terrain situé à l'arrière de la maison. Cette activité a mobilisé cinq usagers sur quatre demi-journées dans l'année.
L'autre activité régulière, sur l'année, est l'entretien des locaux (peinture des éléments extérieurs, remise en état, etc.). Elle a mobilisé deux usagers sur deux demi-journées. Non pas qu'il n'y ait rien à faire, mais les petites réparations sont souvent traitées dans l'instant, au coup par coup et sont rarement l'objet d'une programmation.
La dernière activité que l'on pourrait appeler « chantier », est la finition des travaux d'aménagement des combles du CSST, travaux qui nous permettront l'utilisation d'une pièce supplémentaire et plus spacieuse afin, d'y organiser d'autres activités de groupes. Deux usagers sur 8 demi-journées, se sont appliqués, à nettoyer, peindre, tapisser et embellir cette nouvelle salle en présence toujours d'au moins un membre de l'équipe

Si les activités ne représentaient pas des tâches extraordinaires, elles ont permis de nous découvrir mutuellement d'une manière différente que celle qu'induit la relation de soins.
L'équité entre soignant/soigné, face aux tâches à accomplir, a modifié sensiblement les représentations de chacun.
Durant ces activités, il n'y a d'ailleurs plus tout à fait des éducateurs et des usagers mais des hommes et des femmes qui accomplissent ensemble des tâches pour atteindre le même objectif.
Au cours de ces activités, qui n'ont pas de lien direct avec les missions du service, les échanges de savoir et de savoir faire entre les différents protagonistes sont facilités. Il était d'ailleurs intéressant de voir un usager, dont le métier est l'entretien des espaces verts, prodiguer ses conseils sur la manière de faire, à un membre de l'équipe.
Cette façon de faire, est aussi une manière de valoriser les gens, d'une part dans leurs compétences, d'autre part dans leur capacité à apprendre et à se confronter à des domaines qu'ils ne connaissent pas d'habitude.
Enfin, si l'on devait ne retenir qu'une seule « chose », ce serait que chacun s'affèrant à sa tâche « oublie » que ce lieu est un lieu de soins. Néanmoins, même si les échanges concernaient des sujets divers et variés, ils étaient parfois directement en lien avec les problématiques des usagers participants. D'ailleurs, pour certains, l'activité est devenue un lieu pour parler des soucis qui les ont amenés à contacter le centre. Le support travail permet des échanges plus souples, de discuter s'ils le désirent mais aussi d'arrêter s'ils le souhaitent la conversation en cours pour reprendre leur occupation. Lors d'un entretien formalisé, nous ne disposons pas de cette souplesse et le silence vient parfois alourdir la situation et renforcer le mal être de la personne.

A travers ces moments privilégiés et particuliers, on peut s'interroger sur nos propositions d'accompagnements au quotidien de ces personnes pour qui le monde sans produits n'est qu'un vaste champ de ruine sur le plan relationnel et occupationnel. Cependant, les inviter à retourner au travail n'est pas non plus la solution idéale. On frôle ici un accueil du genre de celui que l'on pourrait trouver dans les centres de jour, avec une fonction intermédiaire entre l'éducateur que nous sommes et l'éducateur technique.
D'ailleurs, dans ce type d'activité, proposées dans notre centre de soins ambulatoires sommes-nous si éloignés que cela de la fonction d'éducateur technique telle qu'elle se définit à la communauté thérapeutique de Flambermont ?
Ne faudrait-il pas, proposer ce genre d'accompagnement par le biais d'autres associations, ou au contraire ne devons-nous pas développer et renforcer ces invitations?

Sébastien Dunet

PÔLE PREVENTION

LE TAMARIN

I. ACTIVITE CLINIQUE DU TAMARIN. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives*
- *B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009*
- *C. Commentaires*

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE JEUNES RECUE EN ENTRETIEN

- *A. Répartition par sexe*
- *B. Tranche d'âge*
- *C. Moyenne d'âge*
- *D. Origine géographique*
- *E. Logement*
- *F. Situation professionnelle*
- *G. Origine de la demande*
- *H. Les réorientations préconisées par l'équipe*
- *I. Situation judiciaire*
- *J. Les jeunes usagers de cannabis*

III. DONNEES CHIFFREES.LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE PARENTS RECUE EN ENTRETIEN

- *A. Origine géographique*
- *B. Nature de la demande*
- *C. Liens de parenté*
- *D. Origine géographique*

IV. PRISE EN CHARGE GROUPALE DES USAGERS DE CANNABIS

- *A. Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants*

  Synthèse. Lecture et commentaires des questionnaires renseignés par les participants, lors des stages

V. LES ACTIONS DE PREVENTION

VI. LES ECRITS

- *A. Imagination créatrice versus violence à l'adolescence (P.HACHET Psychologue au Tamarin)*
- *B. A propos des adolescents mineurs qui vivent en couple (P.HACHET Psychologue au Tamarin)*
- *C. En 2009, l'équipe du Tamarin a publié*

Membres de l'équipe

Mr Pascal HACHET-Psychologue (0,5 ETP)
Mr Yves CASU-Educateur (1 ETP)
Mr Benjamin APPERT-Moniteur-éducateur (0,5 ETP)
Me France FATH-Secrétaire d'accueil (0,5 ETP)
Mr Claude LEFEVRE-Chef de service (0,1 ETP)

Stagiaires

Mlle Leila TOUNI-Lycéenne (Bac professionnel service de proximité et vie locale)
Mlle Elodie BOUIS -Educatrice
Me Fabienne MANCHERON-Educatrice
Mlle Aude MATEY-Psychologue
Mlle Anne-Laure HEQUET-Psychologue
Me Isabelle BURRO -Infirmière
Me Corinne GANTHEIL -Infirmière
Mlle Sandra GUSTIN -Conseillère d'Insertion et de Probation
Mr Mohamed AÏT KHAYOUCEF-Conseiller d'Insertion et de Probation

INTRODUCTION

"Il y a des risques qui valent sans doute la peine d'être courus pour que la vie vaille la peine d'être vécue, qu'elle ne dissolve pas, dans l'enchaînement maniaque et peureux des précautions sans fin, tous les sels qui lui donnent sa saveur."

Jean-François Malherbe (Philosophe et écrivain)

Le rapport d'activité permet de comprendre et de décrire de façon globale et homogène la nature, le fonctionnement et l'activité de la structure. La synthèse des données recueillies, au-delà de son aspect quantitatif, fournit les caractéristiques des personnes accueillies. Cette évaluation de l'activité permet d'apprécier la cohérence, l'efficacité, la faisabilité et l'attractivité du dispositif proposé.

Depuis son ouverture, en septembre 1997 à ce jour, le Tamarin a accueilli 5820 personnes dont 4043 jeunes et 1777 parents. L'équipe du service a réalisé 10083 actes psychologiques et/ou éducatifs.

La lecture de l'exercice 2009 conforte et renforce les observations des rapports d'activité précédents. En effet, nous remarquons que l'activité du Tamarin fut, cette année encore, intense et que l'accueil de jeunes, adressés pour une consommation de cannabis, est en progression.
84% (303/355) de la file active jeunes est représentée par des usagers de cannabis et 62% (60/96) des parents sont concernés par un usage de cannabis de leur enfant. Au fil des années, ce pourcentage n'a cessé de croître. La majorité de ces situations est orientée par la justice. Nous recevons donc un public qui se présente de manière contrainte.

Depuis la mise en place des conventions d'objectifs santé-justice, actées et financées par la MILDT, les champs de compétence entre la justice et le sanitaire se sont rapprochés et des articulations et des collaborations sont nées, parfois de manière concertée, parfois de manière imposée. Cette forme de rencontre « injonctive » avec les jeunes adressés par les services de la justice peut être un premier « déclic », une possibilité d'engager une démarche efficace auprès de notre service pour des personnes qui, sans doute, ne l'auraient jamais initiée autrement. Mais cela peut aussi, si le sens de cette obligation n'a pas été suffisamment explicité et justement perçu, renforcer un sentiment d'injustice et, pour le coup, devenir totalement inopérante, au risque même d'être contre-productive…Il ne suffit pas toujours d'énoncer et d'appliquer la loi pour qu'elle soit intégrée, comprise et admise.
Toute la complexité de notre accompagnement réside à engager l'usager à dépasser son sentiment de contrainte pour l'amener vers le chemin d'une élaboration et, le cas échéant, vers l'amélioration de sa santé.

La pratique des jeux électroniques via internet s'est considérablement développée et a fait naître de nouvelles interrogations, notamment, au sujet des conséquences éventuelles sur la santé des joueurs. L'expertise collective de l'INSERM aura été la première manifestation d'une volonté de prendre en compte les souffrances liées au jeu excessif ; elle sera suivie de la première enquête épidémiologique sur le sujet, menée par l'OFDT en collaboration avec l'INPES. Reste à construire un réseau qui apportera des réponses concrètes en termes de prévention, d'information et de soins.

Concernant l'utilisation de l'ordinateur et, plus particulièrement d'internet et des jeux en réseau, nous avons observé cette année au Tamarin l'émergence d'utilisations problématiques. Ce phénomène est pour le moment relativement confidentiel et apparaît essentiellement par le canal de quelques parents. En effet, ce sont eux qui prennent contact avec notre équipe afin de transmettre les inquiétudes qui les animent quant à l'utilisation, de leur point de vue abusive, d'internet et, particulièrement, des jeux vidéo, par leur enfant. Nous noterons au passage que l'équipe du Tamarin, en collaboration et à l'initiative de la Maison des adolescents du Conseil Général et de l'association la Nouvelle Forge, a participé au colloque organisé sur Creil sur le thème « Ordinateur et adolescence ». Cette rencontre a réuni fin novembre plus d'une centaine de participants. La pratique de l'équipe du Tamarin s'accompagne de nombreux partenariats. En effet, le rapprochement des structures ayant des expériences et des savoirs différents favorise la diversification des réponses thérapeutiques. Le travail partenarial et sa mise en réseau sont essentiels. La mutualisation des compétences de chacun, dans une perspective de concertation, de cohérence et d'approche globale, ne peut que favoriser les stratégies de prévention ou de soins à développer en direction des jeunes et de leurs parents. Ces réseaux, qui trouvent leur origine dans la longue histoire du Tamarin, sont une réalité actuelle qu'il convient de préserver et de développer. Ils sont la pierre angulaire à partir de laquelle on peut penser et construire une approche spécifique de la prévention des comportements addictifs et/ou de l'usage et de l'abus de psychotropes. La création et la mise en œuvre des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, les CSAPA, inaugure une stratégie globale de la prise en charge des addictions. Elle inclut explicitement la dimension de la prévention. Cette nouveauté est pour le Tamarin à la fois source d'espoirs mais aussi d'inquiétudes. En effet, la prévention est bien intégrée dans le cahier des charges des CSAPA, mais il est indiqué par ailleurs que le financement n'émargera pas sur une enveloppe médico-sociale. Il serait pour le moins paradoxal, qu'au moment même où l'on pense stratégie globale, l'on signât l'abandon et la mort d'un dispositif patiemment construit et dont l'efficacité est reconnue par l'ensemble des partenaires !

I. ACIVITE CLINIQUE DU TAMARIN. LECTURE ET COMENTAIRES

A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives

Les statistiques qui vont suivre n'incluent pas les nombreux jeunes et/ou adultes-parents et/ou professionnels rencontrés en dehors du service au cours d'actions de prévention, de séances d'information ou de formation. Un chapitre intitulé « les actions de prévention » est consacré spécifiquement à ce sujet, plus en avant, dans ce bilan d'activité.

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de jeunes reçus	*401*	*397*	*404*
- dont nouveaux	*335*	*342*	*348*
*- dont passages**	*51*	*57*	*41*
Nombre de parents reçus	*132*	*121*	*108*
- dont nouveaux	*111*	*96*	*83*
*- dont passages**	*11*	*9*	*12*
Total file active	***533***	***518***	***512***

** Il s'agit de jeunes et/ou d'adultes qui se sont adressés au service afin d'obtenir des informations (plaquettes, aide à la réalisation d'une enquête, d'un devoir, etc.), des conseils, des préservatifs. Ils n'ont pas été reçus en entretien individuel ou de groupe.*

Dans le détail, la file active jeunes est composée de :

- *41 jeunes qui sont passés au service.*
- *241 jeunes reçus en entretien individuel.*
- *114 jeunes convoqués par les services de la justice dans le cadre des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants.*
- *8 jeunes rencontrés au quartier mineurs du centre pénitentiaire de Liancourt.*

Dans le détail, la file active parents est composée de :

- *12 parents qui sont passés au service.*
- *96 parents reçus en entretien individuel.*

B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009

	2007	***2008***	***2009***
Nombre actes jeunes	*751*	*641*	*671*
- dont actes jeunes vus en entretiens individuels	*-*	*-*	*508*
Nombre actes parents	*245*	*218*	*172*
- dont actes sans le jeune	*-*	*-*	*46*
- dont actes en famille	*-*	*-*	*114*
Total actes	***996***	***859***	***843***
- dont nombre actes socio-éducatifs	*-*	*-*	*443*
- dont nombre actes psychologiques	*-*	*-*	*225*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre moyen d'entretien/jeune	*3,32*	*2,72*	*2,10*
Nombre moyen d'entretien/parent	*2,02*	*2*	*1,66*

C. Commentaires

Les données chiffrées de ces trois dernières années relatives au nombre de personnes accueillies au service sont relativement stables. En effet, depuis 2007, nous enregistrons des files actives de plus de 500 personnes. Pour cette année, nous observons néanmoins une légère diminution, due essentiellement au fait que nous avons reçu moins de parents, 11% précisément. En revanche, en ce qui concerne la venue des jeunes, nous notons un taux de croissance de 2%.
Le taux de renouvellement de la file active jeunes est de 86% et celui de la file active parents de 77%. Ces forts pourcentages reflètent les objectifs de travail du Point Accueil Ecoute Jeunes qui, nous le rappelons, s'inscrivent dans une dynamique de prise en charge brève impliquant, si nécessaire, des réorientations vers d'autres structures et/ou équipes spécialisées.
En comparaison avec l'année 2008, nous notons également une stabilité du nombre global des actes. Dans le détail, nous observons néanmoins une baisse de 21% du nombre des actes/parents consécutive à une file active en légère diminution et, pour la raison inverse, une hausse de 5% des actes/jeunes.
Le taux de rétention (nombre moyen d'entretien) est en baisse tant pour les jeunes que pour les parents.
Nous avons cette année apporté quelques précisions utiles à notre lecture clinique. C'est ainsi, qu'un peu plus de 71% des actes parents s'organisent en présence du jeune, contre 29% qui se déroulent sans lui.
Par ailleurs, 66% des actes effectués sont socio-éducatifs et 34% sont psychologiques.

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE JEUNES RECUS EN ENTRETIEN

Les données suivantes sont considérées uniquement à partir de la file active jeune reçus en entretien individuel, soit 241 personnes. Cela représente une augmentation de 2,5% par rapport à l'année précédente. Les conditions de rencontre avec les autres jeunes intégrés dans la file active globale ne nous permettent pas en effet de recueillir de manière suffisamment renseignée et complète les éléments nécessaires à la saisie des items déclinés ci-dessous.

A. Répartition par sexe

	2007	***2008***	***2009***
Filles	*44*	*47*	*31*
Garçons	*182*	*188*	*210*
Total	***226***	***235***	***241***

Taux de croissance = 2,5%
Taux de croissance des garçons = 12%
Diminution de la venue des filles = 34%.

Les filles, bien que toujours minoritaires, ont été cette année encore, au profit des garçons, moins représentées que les années précédentes.

B. ***Tranches d'âge***

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 18 ans	*70*	*45*	*49*
18-23 ans	*97*	*112*	*91*
24-29 ans	*41*	*44*	*59*
30 et plus	*18*	*34*	*42*

La personne la plus jeune reçue au service était âgée de 9 ans et la personne la plus âgée de 53 ans. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 18-23 ans (38%).
Nous notons une très légère recrudescence (9%) des jeunes mineurs par rapport à l'année 2008.
Nous observons également une augmentation des plus de 30 ans, de 15%. Leur présence est liée aux orientations du Tribunal de Grande Instance de Senlis. En effet, au regard de leur âge, il nous a semblé à tous plus judicieux de les adresser au Tamarin en entretien individuel plutôt que dans les stages de sensibilisation (« calibrés localement pour les 18-25 ans).

C. ***Moyenne d'âge***

	2007	***2008***	***2009***
Filles	*20,01*	*21,8*	*19,5*
Garçons	*23,3*	*23,8*	*24,3*
Générale	***22,7***	***23,4***	***23,7***

La moyenne d'âge générale est, à 3 mois de différence, la même que celle de 2008.
Dans le détail, on observe néanmoins un allongement (7 mois) de la moyenne d'âge des garçons, compensé par une diminution relativement importante (27 mois) de la moyenne d'âge des filles.

D. ***Origine géographique***

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*226*	*234*	*241*
Originaires du département	*226*	*232*	*236*
- dont originaires de la ville d'implantation du service	*57*	*59*	*72*
Non renseigné	*0*	*0*	*0*

Presque la totalité des jeunes rencontrés au Tamarin est originaire du département.
Un focus sur l'agglomération creilloise nous permet d'obtenir des indications précises quant au lieu de résidence et de vérifier ainsi l'aspect « service de proximité » du Point Ecoute Accueil Jeunes.

	2007	***2008***	***2009***
Creil	*57*	*59*	*72*
Montataire	*7*	*6*	*5*
Nogent sur Oise	*12*	*17*	*21*
Villers Saint Paul	*14*	*14*	*9*
TOTAL	***90***	***96***	***107***

Nous noterons que 40% des jeunes qui viennent au Tamarin sont issus de l'agglomération creilloise :

- *67% résident à Creil.*
- *5% sont originaires de Montataire (ville qui dispose sur son territoire d'un Point Ecoute Jeunes géré par l'association Jade).*
- *20% sont issus de Nogent sur Oise.*
- *8% habitent Villers Saint Paul.*

E. Logement

	2007	***2008***	***2009***
Indépendant	*37*	*47*	*43*
Stable en famille	*139*	*148*	*148*
Stable monoparental	*29*	*15*	*29*
Provisoire ou précaire	*17*	*18*	*18*
SDF	*3*	*6*	*0*
Hébergé en institution	*1*	*1*	*1*
Non renseigné	*0*	*0*	*2*

Comme les années précédentes, la grande majorité des jeunes accueillis au service réside en famille : 61% de la file active globale.
8% d'entre eux vivent dans un logement provisoire ou précaire.
18% bénéficient d'un logement indépendant.
Nous observons une progression de 93% de jeunes qui occupent un logement stable.

F. Situation professionnelle

	2007	***2008***	***2009***
Etudiants	*123*	*101*	*85*
Apprentissage			*15*
Activité rémunérée	*64*	*79*	*83*
Inactifs	*15*	*18*	*13*
Autres	*24*	*37*	*45*

Le pourcentage entre les jeunes salariés et les jeunes étudiants est équilibré, respectivement 34% et 35%.
6% des jeunes rencontrés sont en apprentissage.
5% sont sans aucune activité.

75% des jeunes rencontrés sont socialement intégrés, professionnellement ou scolairement.

G. Origine de la demande

	2007	*2008*	*2009*
Venus d'eux-mêmes	*47*	*42*	*12*
Famille/Ami			*16*
Services justice	*100*	*142*	*161*
Education Nationale	*42*	*28*	*33*
Services sanitaires	*9*	*17*	*4*
- dont médecin généraliste	*-*	*-*	*2*
- dont services hospitaliers	*-*	*-*	*2*
Services sociaux	*5*	*2*	*5*
Associations	*3*	*0*	*3*
Services téléphoniques	*4*	*2*	*1*
Autres	*-*	*-*	*5*
Non renseigné	*16*	*2*	*0*

Nous observons à nouveau pour cette année 2009 une progression des orientations effectuées par les services de la justice, de 13% précisément. Ce type d'adressage représente 67% du nombre de jeunes reçus au service en entretien individuel. Les mesures engagées, notamment concernant les alternatives aux poursuites judiciaires pour usage de cannabis, amènent au Tamarin de nombreux jeunes concernés, dans des niveaux de consommation très divers, par cet usage. ***Face à ce nombre important d'indications Justice, en croissance chaque année, il est nécessaire de rappeler que les objectifs et les missions du service ciblent les conduites à risques en général ; champ de compétence qui ne se réduit pas, loin s'en faut, à l'usage de produits psychoactifs.***
Nous enregistrons une augmentation des indications de l'Education Nationale, de 18%.
12% des jeunes accueillis au Tamarin se sont présentés d'eux-mêmes ou sur conseils d'un ami ou de leur famille. Ce mode d'entrée au service est en baisse très significative, de 33%.
Les services sociaux, ainsi que les services sanitaires indiquent relativement peu de jeunes vers notre structure, respectivement 2% et 2%.

H. Les réorientations préconisées par l'équipe

Nous avons souhaité cette année repérer les conclusions, les indications et les réorientations au sujet des fins de prise en charge, afin de mettre en perspective le travail effectué par l'équipe, auprès des jeunes.
Le logiciel que nous utilisons, Pro-G-Dis, n'intègre pas ces items. La saisie, pour cette première expérience, est donc incomplète et imparfaite.

	2007	*2008*	*2009*
Vers un CSST	*-*	*-*	*2*
Vers le CCAA	*-*	*-*	*1*
Vers le médecin généraliste	*-*	*-*	*5*
Vers l'hôpital général	*-*	*-*	*0*
Vers le CMPP/CMP	*-*	*-*	*5*
Vers l'Unité d'Accueil d'Urgence (UAU Psychiatrie)	*-*	*-*	*3*
Vers un service social	*-*	*-*	*0*
*Autres **	*-*	*-*	*15*
*Sans orientation ***	*-*	*-*	*96*
Non renseigné	*-*	*-*	*0*

* *Mission locale = 5*
Association d'Aide aux Victimes et d'Information des Justiciables (ADAVIJ) = 10

** *Cet item comprend, d'une part, les jeunes reçus au moins une fois mais qui n'ont pas honoré leur dernier RDV, d'autre part les jeunes pour lesquels l'équipe a décidé une fin de suivi sans réorientation.*

*Nous noterons que 139 jeunes sont **en cours** de prise en charge.*
La majorité des jeunes reçus (94%) quitte le service sans qu'une préconisation particulière leur soit faite. Il s'agit en général d'une fin de prise en charge consécutive à une obligation judiciaire. L'accompagnement de ces situations consiste en une évaluation de leur consommation, une information sur les risques engendrés par celle-ci et, le cas échéant, par une ou plusieurs rencontres organisées en présence de leurs parents, (le plus souvent la mère).

I. La situation judiciaire

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de personnes suivies sous main de justice	*210*	*258*	*136*
- dont obligation de soin	*57*	*32*	*36*
- dont injonction thérapeutique	*2*	*0*	*0*
- dont travail d'intérêt général	*0*	*0*	*0*
- dont réparation pénale	*6*	*2*	*5*
- dont « rappel à la loi »	*121*	*183*	*84*
- dont contrôle judiciaire	*0*	*0*	*11*
- dont autres (précisez)	*0*	*0*	*0*
- dont non renseigné	*0*	*0*	*0*

Nous observons une baisse importante des rappels à la loi. Cela s'explique par le fait qu'une grande partie des jeunes concernés par cette mesure est désormais orientée vers les stages de sensibilisation. Seuls les jeunes mineurs et, parfois, les trentenaires sont adressés en entretien individuel dans le cadre des alternatives aux poursuites judiciaires pour usage de cannabis.

J. Les jeunes usagers de cannabis

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de jeunes adressés pour usage de cannabis	*144/226 (64%)*	*172/235 (73%)*	*189/241 (78%)*
Nombre de parents concernés par un usage de leur enfant	*55/132 (45%)*	*65/109 (60%)*	*60/96 (62%)*

Type d'usage :

	2007	***2008***	***2009***
Expérimentation	*2 (1%)*	*0 (0%)*	*2(1%)*
Occasionnel	*38 (17%)*	*26 (15%)*	*39(21%)*
Festif	*12 (5%)*	*14 (8%)*	*16 (8%)*
Régulier	*46 (20%)*	*65 (38%)*	*73(39%)*
Dépendance	*19 (8%)*	*23 (13%)*	*17(9%)*
Non renseigné	*27 (19%)*	*44 (26%)*	*42(22%)*

Comme précisé dans l'introduction, ces tableaux illustrent de façon chiffrée la progression des indications liées à une consommation de cannabis. En effet, 78% des jeunes reçus en entretien individuel sont des consommateurs de cannabis, soit un taux de croissance de 3%.
A propos du type d'usage, on enregistre cette année une baisse de la « dépendance », au profit d'une hausse de « l'usage occasionnel ».
La majorité des usagers est dans une consommation régulière.
62% des adultes accueillis au service sont concernés par l'usage de cannabis de leur enfant.

III. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE PARENTS RECUE EN ENTRETIEN

« Etre parent, c'est une aventure...dans le sens de l'imprévu, du surprenant, parfois de l'entreprise hasardeuse... ».

96 parents ont été cette année accueillis au Tamarin en entretien individuel.

A. Origine de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Venus d'eux-mêmes	*42*	*29*	*23*
Via la communauté éducative	*37*	*23*	*19*
Via les services justice	*22*	*29*	*32*
Via les travailleurs sociaux	*5*	*0*	*5*
Via leur médecin généraliste	*2*	*5*	*2*
Via les services hospitaliers	*0*	*0*	*1*
Sollicités par leur propre enfant	*6*	*5*	*7*
Autres	*0*	*0*	*1*
Non renseigné	*-*	*-*	*6*

L'orientation majoritaire est, cette année, nouvelle. En effet, pour la première fois, 33% des parents accueillis au Tamarin sont venus sur indication des services de la justice, contre 24% venus d'eux-mêmes. Les venues spontanées étaient, jusqu'à l'année dernière, les plus représentatives du mode d'entrée des parents au service. Ce constat renforce la lecture déjà effectuée au sujet des orientations réalisées par les services de la justice.
Par ailleurs, 20% des parents sont adressés à la structure par nos partenaires de la communauté éducative.
7% des parents sont sollicités par leur propre enfant pour venir au Tamarin.

B. Nature de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Informations	*9*	*10*	*13*
Conseils	*77*	*62*	*63*
Soutien	*33*	*33*	*20*
Pour un enfant mineur	*95*	*75*	*70*

Nous retiendrons que 73% des parents sont venus au service pour un enfant mineur.

C. ***Liens de parenté***

	2007	***2008***	***2009***
Mères	*76*	*66*	*62*
Pères	*28*	*26*	*20*
Beaux-parents	*1*	*3*	*2*
Frères/Soeurs	*7*	*7*	*4*
Grands-parents	*3*	*0*	*0*
Conjoints	*2*	*0*	*1*
Oncles/Tantes	*1*	*1*	*1*
Autres	*3*	*6*	*8*

Traditionnellement et très majoritairement, ce sont plutôt les mères qui s'adressent à notre service ; cette année, elles ont représenté 65% de la file active adultes ; 21% des adultes rencontrés sont des pères.

D. ***Origine géographique***

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*119*	*107*	*96*
Originaires du département	*119*	*107*	*96*
Originaires de la ville d'implantation du service	*28*	*20*	*22*
Non renseigné	*13*	*14*	*0*

dont agglomération creilloise	***2009***
- Creil	*22*
- Montataire	*1*
- Nogent sur Oise	*8*
- Villers Saint Paul	*0*
TOTAL	***31***

Tous les adultes rencontrés sont originaires du département.
32% d'entre eux sont issus de l'agglomération creilloise.

- *23% résident à Creil.*
- *8% habitent Nogent sur Oise.*
- *1% demeure à Montataire.*

IV. ***PRISE EN CHARGE GROUPALE DES USAGERS DE CANNABIS***

	2007	***2008***	***2009***
*Nombre de groupes « rappel à la loi » **	*11*	*7*	*0*
-dont nombre de jeunes adressés	*107*	*75*	*0*
-dont nombre de jeunes reçus	*80*	*59*	*0*
*Nombre de « stages de sensibilisation »***	*0*	*1*	*8*
- dont nombre de jeunes adressés	*0*	*17*	*143*
- dont nombre de jeunes reçus	*0*	*17*	*114*
Total des jeunes adressés	***80***	***76***	*143*
*Nombre de groupes autres ****	*0*	*0*	*1*
- dont nombre de jeunes reçus	*0*	*0*	*8*
Total des jeunes reçus	***80***	***76***	*122*

** Orientation des tribunaux de Grande Instance, dans le cadre des alternatives aux poursuites pour usage de stupéfiants (majoritairement le cannabis).*
*** Orientations des Procureurs vers un stage de « sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants » dans le cadre des alternatives aux poursuites pour consommation majoritairement, de cannabis.*
**** En la circonstance, il s'agit d'un groupe de jeunes rencontrés, dans le cadre de l'incarcération, au quartier mineur du centre pénitentiaire de Liancourt.*

Sur la circonscription juridique du Tribunal de Grande Instance de Senlis, ***les orientations en groupe « rappel à la loi » ont fait place en totalité aux « stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants » fin 2008.***
Pour le moment, au sujet des jeunes mineurs concernés, dans un cadre judiciaire, par l'usage de cannabis, le Procureur de la République continue à nous les adresser pour des entretiens individuels, avec en souhait vivement soutenu (et, en règle générale, accepté) qu'ils soient accompagnés par au moins un de leur parent.

A. Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des stupéfiants

Afin d'assurer leur intervention, les professionnels du Tamarin se déplacent à la Maison de la Justice et du droit de Creil, lieu où sont convoqués les stagiaires.

Dates	***Jeunes adressés***	***Jeunes reçus***
*22 et 23 Janvier**	*19*	*17/19 ***
*19 et 20 Février **	*17*	*12/13 ***
13 Mars	*16*	*13*
10 Avril	*15*	*11*
15 Mai	*20*	*13*
26 Juin	*24*	*19*
18 Septembre	*0*	*0*
16 Octobre	*0*	*0*
20 Novembre	*21*	*17*
11 Décembre	*11*	*9*
TOTAL	***143***	***114***

** L'équipe du Tamarin a participé, pour les deux premières sessions, aux deux jours du stage. Pour les stages suivants, elle a recentré son intervention sur le second jour.*
*** Ces chiffres indiquent le nombre de participants pour chacun des deux jours de stage.*

Afin d'évaluer l'impact des stages sur les participants et de compiler des informations nous permettant de mieux les connaître (pour, le cas échéant, mieux cibler et adapter les interventions et leurs contenus), l'équipe du Tamarin a proposé que les stagiaires volontaires renseignent un questionnaire et une enquête de satisfaction (documents joints en annexe).
Nous proposons de rendre compte et de faire la synthèse des éléments recueillis tout au long des 8 stages organisés cette année, pour 114 participants.
Les informations recueillies se basent, évidemment, sur du déclaratif.

Synthèse et lecture des questionnaires renseignés par les participants lors des stages

L'étude portera sur 113 questionnaires. En effet, un stagiaire n'a pas souhaité répondre à cette enquête.

1. *Concernant les questionnaires*

    a) *Situation sociale des participants*

La tranche d'âge la plus représentative est 19-21 ans, soit 44% des stagiaires.
Nous observons que les plus de 25 ans représentent 15% des participants et les moins de 25 ans 82%.

94% des stagiaires sont des hommes et 6% sont des femmes.

On peut se demander, face au déséquilibre prononcé de ce sexe ratio, si les femmes sont seulement moins concernées par l'usage de cannabis ou si elles sont également moins exposées aux risques judiciaires…

65% des jeunes sont salariés.
17% sont sans emploi.
6% des participants sont étudiants et 6% sont en apprentissage.
4% sont lycéens.
2% sont leur propre employeur.

Ces indicateurs sont intéressants. En effet, ils nous permettent de repérer plus précisément, en amont, là où il serait pertinent d'engager des actions de prévention. Ainsi, nous observons que 65% des participants sont salariés et que comme nous le verrons plus loin, 14% déclarent consommer sur leur lieu de travail. En conséquence, il semblerait judicieux de développer et de renforcer, en lien avec les équipes dirigeantes, les représentants du personnel, les syndicats, des actions de prévention à l'intérieur même des entreprises. Notons sur ce point que, l'équipe du Tamarin est intervenue dans ce cadre, à la demande de la direction des ressources humaines et des représentants du personnel, fin novembre, à l'hôpital Paul Doumer à Labruyére. Une journée d'information consacrée aux addictions a été organisée pour le personnel de cet établissement sanitaire. Une cinquantaine de salariés ont pu en bénéficier.

Nous notons que 77% de la population ciblée est en activité régulière ; professionnelle ou scolaire. Elle est donc socialement bien intégrée.
Malgré un pourcentage élevé de stagiaires salariés, nous constatons que 62,5% résident chez leurs parents.

    b) *Situation par rapport à la consommation de stupéfiants*

Hors cannabis, le produit consommé dans les douze derniers mois le plus cité est l'alcool.
En ordre décroissant apparaissent ensuite l'ecstasy, la cocaïne, les champignons hallucinogènes, et le LSD. L'héroïne (très peu citée) occupe la dernière position.
En terme de repérage, il est important de noter que parmi les stagiaires, un certain nombre d'entre eux déclare avoir consommé d'autres produits psycho-actifs et que l'expérimentation et/ou l'usage ne concerne(nt) pas exclusivement le cannabis.

Le tabac est très peu cité, comme si son usage se différenciait des autres consommations ou n'était pas considéré comme problématique.
Dans la case « autres produits », le café, le speed, la taurine, la salvia et la kéta ont été cités.

Speed : Le speed est une amphétamine, la plupart du temps composée des déchets de fabrication de la cocaïne.

Taurine : La taurine est ajoutée dans certaines boissons énergisantes (par exemple, le Red Bull) et avait été interdite à cet usage en France à la suite des conclusions rendues par l'AFSSA en 2003 qui en ont souligné les « effets neuro-comportementaux indésirables »7. En France, la taurine contenue dans le Red Bull était remplacée par l'arginine et est en vente depuis le 2 avril 2008. La vente de Red Bull avec de la Taurine est de nouveau autorisée dans l'hexagone depuis le 15 juillet 2008.

Salvia : est connue pour être une plante « de vision » ou un hallucinogène.

Kéta : le chlorhydrate de ***kétamine*** *est une molécule utilisée comme anesthésique général en médecine humaine et en médecine vétérinaire. Elle est aussi utilisée de manière détournée pour ses propriétés stupéfiantes.*

Selon les réponses renseignées :

- *1% des personnes déclarent avoir débuté leur consommation à l'âge de 9ans.*
- *2% à l'âge de 10 ans,*
- *3% à l'âge de 11 ans,*
- *4% à l'âge de 12 ans,*
- *8% à l'âge de 13 ans*
- *19% à l'âge de 14 ans,*
- ***31% à l'âge de 15 ans,***
- *17% à l'âge de 16 ans,*
- *5% à l'âge de 17 ans,*
- *8% à l'âge de 18 ans,*
- *2% t à l'âge de 19 ans,*
- *2% à l'âge de 25 ans,*

67% des réponses indiquent un âge de début de consommation qui se situe entre 14 et 16 ans.

Concernant l'alcool, la tranche d'âge du début de la consommation la plus représentative se situe entre 15 et 16 ans (49% des réponses enregistrées).

Ces indications nous permettent également de mieux cibler les tranches d'âge les plus exposées au risque de consommation. En effet, on observe que très majoritairement le début de l'usage de cannabis ou d'alcool, selon les stagiaires, se situe entre 14 et 16 ans. Globalement, c'est l'âge qui correspond, scolairement, à la fin du collège, quatrième/ troisième. C'est donc atour des jeunes collégiens, qu'il apparaît le plus profitable, d'informer et d'organiser des actions de prévention.

Le produit consommé le plus fréquemment est le cannabis : 67% des stagiaires disent l'utiliser quotidiennement.
41% d'entre eux déclarent consommer de l'alcool de façon hebdomadaire.
Les autres produits sont consommés 1 fois tous les 6 mois ou selon, 1 fois par an.

c) Habitudes de consommation

49% des stagiaires déclarent un usage régulier de cannabis.
16% s'estiment en dépendance par rapport à cette consommation.

30% d'entre eux disent être dans une consommation festive.
5% affirment en avoir fait un usage expérimental.

Nous observons que 65% des participants au stage sont dans une situation à risques par rapport à leur consommation.

Concernant les lieux de consommation, le domicile est le plus souvent cité (46%), puis la rue (23%), le travail (14%), la voiture (13%), et l'école (4%).

d) Effets recherchés

28% des stagiaires déclarent consommer du cannabis pour se relaxer.
17% font un usage de cannabis pour faciliter leur sommeil.
15% fument du cannabis contre le stress.
15% consomment pour apaiser leurs tensions et/ou oublier les soucis.
10% des participants disent consommer le cannabis pour se stimuler et/ou être euphoriques.
8% utilisent le cannabis pour combattre leur ennui.
4% consomment ce type de drogue comme anti douleurs.
Enfin, 3% consomment pour d'autres effets.

e) Incidences constatées sur la vie quotidienne

Certains participants déclarent avoir des problèmes judiciaires consécutifs à leur usage de cannabis. Leur obligation de participation et de coût (120 euros) du stage devrait en être, de manière évidente, la démonstration. Or, seulement 41% des jeunes interrogés semblent en être conscients. On peut s'étonner que la totalité des stagiaires n'ait pas fait ce lien. Dans le détail :
16% déclarent rencontrer des problèmes financiers.
14% affirment que leur consommation n'a aucune incidence sur leur vie quotidienne.
10% rencontrent des difficultés de couple liées à leur consommation de cannabis.
9% rencontrent des problèmes professionnels et/ou scolaires.
4% déclarent avoir des difficultés de santé.
4% n'ont aucune idée des incidences éventuelles de leur consommation.
2% disent avoir des problèmes liés à la sécurité routière.

f) Estimation de la consommation mensuelle en euros

20 stagiaires n'ont pas répondu à cette question. Les 93 autres, affirment que leur consommation de cannabis leur coûte :

- *2 déclarent que cette consommation ne leur coûte rien.*
- *19 dépensent entre 10 et 50 euros*
- *22 dépensent entre 60 et 100 euros.*
- *12 dépensent entre 120 et 150 euros.*
- *11 dépensent 200 euros.*
- *19 dépensent 300 euros.*
- *4 dépensent 400 euros.*
- *3 dépensent 500 euros.*
- *1 dépensent 600 euros.*

Nous observons que 35% des personnes sondées déclarent une dépense mensuelle d'au minimum 200 euros et d'un maximum de 600 euros (un seul participant) pour alimenter leur consommation personnelle de cannabis. Ces coûts élevés interrogent, sur la façon dont ils obtiennent cet argent et sur les éventuelles « difficultés financières » que peut entraîner cet usage.

g) *Changement dans vos habitudes de consommation*

96% des participants interrogés ayant répondu à cette question déclarent être en capacité de modifier leur comportement par rapport à leur consommation.
69% d'entre eux affirment d'ailleurs avoir déjà tenté d'arrêter, dont 71% facilement. Néanmoins, on note que 38% stagiaires n'ont pas poursuivi leur abstinence au-delà d'un mois.

La durée maximale du temps d'abstinence s'étend de 1 jour à deux ans. Les périodes les plus représentatives sont par ordre décroissant :
- *Ont résisté durant 2 ans (2%)*
- *1 an (13%)*
- *6 mois (24%)*
- *1 mois (13%)*
- *2 semaines (12%)*
- *N'ont pas dépassé plus d'une semaine (13%)*

A la question « Pouvez-vous refuser de consommer du cannabis si quelqu'un vous en propose actuellement ? », 71% stagiaires indiquent que oui. Pour 17% d'entre eux, leur motivation première est leur propre souhait d'arrêter. 15% justifient leur décision par la crainte d'être contrôlés en voiture.

Concernant ceux qui ont répondu non (30%), on observe que :
- *40% d'entre eux souhaitent préserver leur sensation de plaisir,*
- *23% considèrent que la consommation de cannabis leur permet de gérer leur violence leur agressivité leur état nerveux,*
- *21% déclarent « C'est plus fort que moi »,*
- *11% affirment que cela leur permet d'être à l'aise lorsqu'ils travaillent,*
- *11% disent que fumer le cannabis leur permet de ne pas se sentir seul.*

h) *Situation sanitaire*

93% des stagiaires ayant répondu à cette question se déclarent en bonne santé physique.
92% disent être « bien dans leur peau ».

Nous avons tenté d'évaluer de manière simple et rapide le niveau de connaissance des stagiaires au sujet des prises de risques engendrées par la consommation de substances psycho-actives. Les dangers sont classés en risques nuls, moyens ou élevés.

- *Pour le cannabis, 15% des répondants indiquent que selon eux le risque est nul, 47% qu'il est moyen et 38% qu'il est élevé.*
- *Pour l'alcool, 4% des répondants considèrent que le risque est nul, 28% qu'il est moyen et 68% qu'il est élevé.*
- *Pour la cocaïne, 5% des répondants déclarent le risque nul, 21% qu'il est moyen et 74% qu'il est élevé.*

- *Pour l'héroïne, 1% des répondants dit que le risque est nul, 18% qu'il est moyen et que 89% il est élevé.*
- *Pour l'ecstasy, 2% des répondants annoncent que le risque est nul, 31% qu'il est élevé et 66% qu'il est élevé.*
- *Pour le tabac, 11% déclarent le risque nul, 46% qu'il est moyen, 43% qu'il est élevé.*

Ces items renvoient évidemment à des notions relativement subjectives. En effet, pour chacune des personnes sondées, risque nul, moyen ou élevé ne recouvre pas obligatoirement la même représentation. Néanmoins, ces indications permettent globalement de repérer que majoritairement, les stagiaires ont conscience que la consommation de produits psycho-actifs entraîne un certain nombre de difficultés : « il n'y a pas de consommation sans risques ».

i) <u>Situation judiciaire</u>

Concernant la manière dont les forces de l'ordre ont découvert leur consommation, les stagiaires ayant répondu à cette question déclarent :

- *30% lors d'un contrôle d'identité,*
- *18% sur dénonciation,*
- *17% lors d'un contrôle des papiers du véhicule,*
- *12% en flagrant délit de consommation,*
- *11% lors d'un contrôle d'alcoolémie ou de stupéfiants,*
- *5% lors d'une perquisition,*
- *5% via l'écoute téléphonique*
- *1% par la brigade cynophile en milieu scolaire,*
- *1% lors d'un contrôle d'identité en entreprise,*

27% des participants au stage déclarent avoir déjà été sanctionnés pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants, dont 42% en rappel à la loi, 29% en injonction thérapeutique, 8% en sursis mise à l'épreuve avec une obligation de soin et 3% (représentant 1 personne) ayant effectué une peine de prison ferme.
18% ont coché la case « autres » sans donner de précisions.

2. <u>Concernant l'enquête de satisfaction</u>

Afin de recueillir l'avis des participants concernant la qualité du stage, l'équipe du Tamarin leur a proposé de renseigner une enquête de satisfaction. Ils ont donc noté leurs commentaires, à partir d'un certain nombre d'items et selon des appréciations classées de 1 à 4 (1= très insuffisant, 2 = Insuffisant, 3 = satisfaisant et le chiffre 4 = très satisfaisant).

*Concernant la qualité générale du stage, la moyenne est assez satisfaisante : **2.69/4.***
*L'animation leur semble plus que satisfaisante, puisque la moyenne est de **3.41/4.***
*Les échanges entre stagiaires reçoivent également une appréciation, satisfaisante : **3,33/4.***
*Concernant l'apport d'informations et de connaissance leur évaluation est satisfaisante et reçoit **3,11/4.***
A propos des interventions :

- *L'intervention « justice » est appréciée à **2,29/4.***
- *L'intervention médicale est notée à **2,5/4.***
- *L'intervention du Tamarin est notée à **3,53/4***

*Enfin, concernant la qualité des tests d'évaluation, les stagiaires ont indiqué **2,91/4.***

La moyenne générale est de 2.97/4, soit une évaluation satisfaisante.
Certains expliquent, toutefois qu'il aurait été judicieux d'insister davantage sur le cannabis et ses effets, ainsi que sur les conséquences de sa consommation.

V. LES ACTIONS DE PREVENTION

Prévenir c'est d'abord informer, dit-on !
Certes, mais cela nécessite quelques nuances, d'importance semble t-il.
En effet, ***« Le recours à des substances psycho-actives ne se réduit pas à un problème de santé publique ou en tous les cas, pas seulement. L'usage de drogues touche aussi à un domaine essentiel de l'activité humaine : la recherche du plaisir et le soulagement des souffrances ».***
(Prévenir les toxicomanies sous la direction d'Alain Morel-Dunod-2000)

Il ne suffirait donc pas de prévenir des risques pour les écarter nécessairement…

Afin d'obtenir une lisibilité des actions de prévention/d'information/de formation réalisées par l'équipe du Tamarin auprès de jeunes (scolarisés, en insertion professionnelle, en institution, etc.) et/ou d'adultes (parents, professionnels, étudiants, etc.), nous avons compilé, dans le tableau ci-joint, les différents éléments d'information en notre possession pour l'année de référence.

2009	***Partenaires***	***Type d'actions***	***Participants***
20/01	*Centre de jour/Protection Judiciaire de la Jeunesse/Creil*	*Infos-Débat*	*12 jeunes*
03/02	*Maison des Ados/Creil*	*Rencontre préparation EPU Senlis*	*2 partenaires*
03/02	*Foyer d'Action Educative/ Nogent sur Oise*	*Infos-Débat*	*5 jeunes*
10/02	*Maison des Ados/Creil*	*Rencontre préparation EPU Senlis*	*3 partenaires*
17/02	*Hôpital général/ Senlis*	*EPU Médecins*	*40 médecins*
26/02	*Maison du Droit et de la Justice/Creil*	*Bilan stages de sensibilisation*	*3 partenaires*
11/03	*Maison du Droit et de la Justice/Creil*	*TGI Sécurité routière*	*9 partenaires*
16/03	*Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique/Fleurines*	*Rencontre préparation Infos*	*2 partenaires*
19/03	*Institut Régional de Formation aux Fonctions Educatives/Beauvais*	*Infos-Débat*	*20 assistantes sociales*
24/03	*Centre de jour/Protection Judiciaire de la Jeunesse/Creil*	*Réunion bilan*	*8 partenaires*
01/04	*Centre Communal d'Action Sociale/ Mouy*	*Préparation infos « Jeunes/Alcool*	*10 partenaires*
03/04	*Centre social PierrePERRET/ Villers Saint Paul*	*Préparation action jeunes*	*20 partenaires*
08/04	*Mairie/Creil*	*Assises de la jeunesse*	*30 partenaires*
14/04	*Lycée Jules Uhry/Creil*	*Infos-Débat*	*30 élèves*
13/05	*Centre Communal d'Action Sociale/Mouy*	*Préparation Infos « Jeunes/Alcool »*	*10 partenaires*
19/05	*Collège Herriot/Nogent sur Oise*	*Infos-Débat*	*40 élèves (4^{ième})*
29/05	*Maison du Conseil*	*Infos-Débat*	*10 adultes en insertion*

	Général/Clermont		
24/08	*Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail/Creil*	*Préparation Infos-Débat*	*5 partenaires*
15/09	*Association de Formation et d'Action Sociale des Ecuries de Course/Chantilly*	*Préparation Infos-Débat*	*2 partenaires*
17/09	*Association Enquête et Médiation/Creil*	*Réunion bilan stage sensibilisation*	*4 partenaires*
06/10	*Caisse d'Allocations Familiales/Creil*	*Débat « Adolescence »*	*8 parents*
12/10	*Femmes sans frontières/Creil*	*Débat « Adolescence »*	*15 parents*
24/10	*Maison des Ados/Creil*	*Colloque « Adolescence/Ordinateur*	*120 participants*
25/10	*Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale les Compagnons du Marais/ Creil*	*Préparation Infos-Débat*	*1 partenaire*
26/10	*Hôpital Paul Doumer/Liancourt*	*Journée Infos/Addiction*	*50 salariés*
30/10	*Association pour l Enseignement et la Formation des Travailleurs Immigrés (AEFTI)/Mission Locale de la Vallée de l'Oise/Creil*	*Infos-Débat*	*15 adultes en insertion*
03/12	*Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail/Creil*	*Préparation Infos-Débat*	*10 partenaires*
04/12	*AFTAM/Mission Locale de la Vallée de l'Oise/Creil*	*Infos-Débat*	*15 adultes en insertion*
07/12	*Alice/Mission Locale de la Vallée de l'Oise/Creil*	*Infos-Débat*	*20 adultes en insertion*
07/12	*Solidarité Jalons Travail/Mission Locale de la Vallée de l'Oise/ Creil*	*Infos-Débat*	*12 adultes en insertion*
08/12	*Association Nationale pour la Formation et le Perfectionnement Professionnel des Adultes Ruraux (ANFOPAR/Mission Locale Creil*	*Infos-Débat*	*15 adultes en insertion*
15/12	*Café citoyen/Nogent sur Oise*	*Infos-Débat*	*8 participants*
14/2	*Lycée Rothschild/Chantilly*	*Participation CESC*	*15 partenaires*

L'équipe a réalisé 32 actions et/ou rencontres à l'extérieur du service, auprès de 569 personnes différentes. Dans le détail :

- *134 partenaires ont été rencontrés à l'occasion de réunions de préparation d'actions et/ou d'interventions.*
- *17 jeunes ont été rencontrés directement au sein de leur institution, notamment autour d'infos-débat.*
- *40 médecins ont été rencontrés à l'occasion d'un EPU.*
- *20 étudiantes assistantes sociales ont été rencontrées dans le cadre de leur formation.*
- *70 élèves ont été rencontrés en lycée et collèges pour des interventions.*
- *87 adultes en parcours d'insertion ont été rencontrés dans le cadre d'informations-débats, organisés en partenariat avec la Mission Locale de la Vallée de l'Oise.*
- *50 salariés ont été rencontrés dans le cadre d'une journée d'information sur les addictions, proposée par l'employeur en collaboration avec les représentants du personnel.*
- *23 parents ont été rencontrés dans le cadre d'infos-débat.*
- *120 professionnels ont participé au colloque « Adolescence et ordinateur » co-organisé par la Maison des Ados de Creil, la Nouvelle Forge et le Tamarin.*
- *8 participants ont été rencontrés dans le cadre du café citoyen de Nogent sur Oise.*

LES ECRITS

IMAGINATION CREATRICE VERSUS VIOLENCE A L'ADOLESCENCE [18]

Pascal HACHET
Psychologue au Tamarin

Problématique

L'imaginaire adolescent est caractérisé par une logique d'opposition, d'affrontement. Cette orientation du fonctionnement de l'imaginaire, qui atteste une prévalence de ce que l'anthropologue Gilbert Durand (1960) nomme le « régime diurne » de l'image symboligène, est la conséquence d'un véritable « état de guerre » psychologique. ***Le jeune qui s'efforce de grandir doit en effet mener de front plusieurs combats psychiques****, dont il ne peut en aucun cas faire l'économie.*

D'abord, ***il doit faire face à l'angoissante réalité de la transformation pubertaire de son corps et de l'irruption de son désir génital****. Créature hybride (il n'est plus un enfant mais pas encore un adulte) à ses propres yeux et considéré comme tel par son entourage, l'adolescent cultive de façon réactionnelle son imagination avec des films et des livres où évoluent des personnages para-humains, intemporels et asexués, qui tour à tour le fascinent et lui font peur, tels Frankenstein, le Golem, Dracula, les androïdes et les mutants.*

Ensuite, ***il doit se démarquer de ses parents et conjurer au passage la tentation de l'inceste, que la puberté rend désormais possible sur le plan anatomique****. Pour cette raison, alors que la plupart des adultes s'efforcent de développer une « conception du monde » pondérée, régie par des rapports sociaux qui tendent vers le consensus, et alors que l'imaginaire enfantin s'alimente de fictions où l'enfant projette son souci de disposer de parents unis et affectueux, récits où un « gentil » triomphe d'un « méchant » puis se marie pour le meilleur (« Ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants ») avec l'élue de son cœur, l'imaginaire adolescent est friand de personnages excessifs et en rupture avec un environnement hostile ou injuste. Comme le détaille Rassial (1996), le jeune s'identifie au « héros solitaire, isolé voire abandonné, sans famille, et qui tire sa force d'ailleurs que de son éducation »*[19]*. De façon corrélative, l'adolescent cherche dans la lecture « une autre vérité, une autre loi que celles qui vont du familial au social » (ibid.) et ont tendance à l'exclure, ou plutôt contre lesquelles il lui faut batailler pour (ô paradoxe) les faire siennes et les transformer un peu en retour, succession des générations oblige. C'est pour cela qu'il aime les romans fantastiques et la science-fiction. Rassial (op.cit.) explique que le jeune nourrit aussi son imaginaire polémique avec des discours qui disqualifient celui du père et celui de la société : l'écologie la plus radicale, où le « naturel » semble exclure le « culturel » ; les utopies ; parfois l'extrémisme politique et l'intégrisme religieux.*

---

[18] *Ce texte a été « excipé » d'un ouvrage récent (2009) que j'ai consacré à ma pratique de psychologue au Tamarin.*

[19] *C'est le cas du personnage de bandes dessinées Rahman, le « fils des âges farouches », au sujet duquel j'ai « commis » un essai (2000) pour montrer ce que l'errance continue, l'indépendance forcenée et la curiosité intellectuelle extrême de ce héros préhistorique doivent à l'influence psychique d'une génération à l'autre d'expériences d'abandon qui traumatisèrent ses parents adoptifs.*

Enfin, ***l'adolescent doit faire reconnaître ses désirs, ses compétences, ses goûts et ses choix par ses pairs, voie royale pour repérer et admettre la réalité de ce qu'il ressent et pense****. A ce titre, il prise les films et les livres où des jeunes accomplissent des exploits et se rendent volontiers utiles pour la collectivité, mais en bande et sans requérir le soutien d'adultes.*

Tant qu'elles sont chevillées à des représentations dont les métamorphoses les portent et indiquent qu'elles sont métabolisées de façon progressive, l'agressivité et la « révolte » adolescentes sont promises à un degré d'assimilation psychique satisfaisant, lui-même facteur de maturation psychologique. Mais lorsqu'ils ne sont plus couplés à ces représentations qui les contiennent et les transforment, ce qui correspond à l'activité même de l'imaginaire, ces affects échappent au travail de mentalisation. Le sujet adolescent est alors voué à les « abréagir », de manière ponctuelle ou durable, sur le mode de la violence agie, contre autrui et / ou contre des objets et / ou contre lui-même.

Observation clinique : un créateur en herbe de mangas qui scénarise son ressentiment

Cyril est âgé de 15 ans et demi. Il est accompagné de ses parents, qui paraissent l'encadrer comme des gendarmes ! Tout le monde s'assied et la mère de l'adolescent lui intime : « Vas y, raconte ». L'intéressé m'explique qu'il a fumé un « joint » pour « essayer », qu'il a vomi et n'a pas renouvelé cette expérience. Il se tait et baisse la tête. Son père lui jette un regard mauvais, puis lâche d'une voix excédée : « Cyril a aussi été surpris en train de vendre du cannabis à la sortie du lycée. Il vient d'être exclu pour deux semaines. Il nous a également dérobé une somme d'argent assez importante. Il s'entête à nous mentir et il est hargneux. Son comportement nous est resté en travers de la gorge. La confiance, terminée. On n'a même plus envie de lui parler ».

Ce père et cette mère connaissaient l'existence du Tamarin et sont venus de façon spontanée. Par contre, à l'inverse de beaucoup d'autres parents, ils ne demandent pas de conseils pour faire face à la situation. Ils n'ont pas davantage besoin d'être réassurés au sujet de leurs compétences ad hoc. Ils veulent surtout que leur fils entende « devant témoin » (en l'occurrence, moi) que « la belle vie est finie », en l'occurrence qu'il va être privé de loisirs pendant une longue période, d'une durée indéterminée, et que « ce ne sont pas des paroles en l'air ». La mère de l'adolescent décrit par contraste une fille cadette « sage comme une image » et dont l'obéissance fait « la fierté de la famille ». Cyril se hérisse. Il grommelle que sa sœur n'est qu'une « cafteuse » qui jouit d'un favoritisme indu et sait tirer profit des dissensions de ses proches. Son père intervient : « Stop ! C'est de toi qu'il s'agit. Tu es privé de sorties, d'argent de poche, d'ordinateur, de téléphone portable et de télévision ». L'adolescent soupire : « Allez-y ! Mettez-moi carrément en prison ; ça ne sera pas pire ». Sa mère explose : « Ne fais pas le malin ! C'est grave ce que tu as fait ! Le proviseur et le commissaire t'ont accordé une sacrée chance. D'après la loi, tu aurais dû être condamné. Sers-toi un peu de ta tête !».

Ce « pugilat » verbal m'aide à apprécier les « forces » et tensions en présence. D'un côté, les parents paraissent résolus à joindre l'acte à la parole au niveau du cadre éducatif qu'ils ont posé. De l'autre, Cyril fait preuve d'un caractère affirmé : il écoute, il s'exprime et argumente. Seul point commun, mais il est précieux : la sensibilité des deux « parties » est atteinte.

Les parents déclinent ma proposition de revenir : « On vous a tout dit. C'est à notre fils de se tenir à carreau. Maintenant, s'il veut vous parler, on n'y voit pas d'inconvénient ; ça lui remettra peut-être les idées à l'endroit ». L'adolescent saisit la balle au bond, quoiqu'avec prudence : « Si ce que je dis ici reste ici, ça m'intéresse. J'ai des choses à évacuer ». Je garantis le secret professionnel, que le père et la mère de Cyril admettent : « De toute façon, on sait ce qu'on a à faire en tant que parents ». Nous convenons d'un entretien hebdomadaire « sous bonne escorte » : sa mère l'y conduira et son père l'en ramènera…

Lorsque je le revois seul, l'adolescent prend le temps de se poser. Il est attentif aux affiches et gravures qui ornent la pièce. Je lui demande : « ça te plaît ? ». Cyril esquisse un sourire : « C'est pas mal. Le dessin, c'est mon dada. J'en fais tous les jours ; ça me permet de réfléchir. Alors, quand mes parents parlent de mettre de l'ordre dans mes idées… ». Il évoque la vie en famille : « A la maison, chacun a son « truc » pour se distraire. Ma mère et ma sœur brodent et confectionnent des cadres. Je vous avoue que ça me soulage, car elles sont plutôt fouineuses. Ma mère a du mal à être seule. Du coup, elle trouve normal d'être sans arrêt sur mon dos, même si elle prétend que c'est pour mon bien. Elle entre dans ma chambre sans frapper et elle m'interdit de mettre le verrou quand je suis dans la salle de bains, sous prétexte qu'on ne pourrait pas me secourir si je faisais un malaise ! Pourtant, je ne me suis jamais évanoui. Heureusement, mon père s'en est aperçu et lui a demandé de « se calmer ». Ma mère pleure facilement depuis que papy est mort, d'un cancer, il y a deux ans. Mes parents disent qu'il se sentait si malheureux qu'il a refusé de lutter contre la maladie. Je l'aimais beaucoup. Dans le catafalque, j'attendais qu'il se réveille. Tout ça pour dire que j'ai droit à mon intimité. Tant pis si ça fait « flipper » ma mère ! A la limite, ça me « gonfle » qu'elle craigne de me voir entre quatre planches. C'est déjà assez pénible d'être entre quatre murs ».

J'acquiesce puis questionne : « Et avec ton père, ça se passe comment ? ». Cyril s'affaisse un peu : « C'est l'inverse de ma mère. J'aimerais beaucoup qu'on passe du temps ensemble, mais il a des manières d'ours. C'est triste. En hiver, il bricole au sous-sol et l'été il s'occupe de « son » potager. Quand je propose de l'aider, il me répond : « Non, personne dans mes pattes ! ». Bonjour l'amabilité ! Moi, au fond, ce que je veux, c'est être avec lui. Pendant que les bras travaillent, on peut causer ; ça tisse de la complicité. En plus, pas question de faire un commentaire sur « son » jardin. Il rabroue ma mère parce qu'elle s'obstine à trouver dangereux le bassin qu'il a aménagé devant la maison. C'est abrupt, comme une cuve. Il a creusé jusqu'à deux mètres cinquante et y a mis des carpes ».

Je souligne : « Des créatures silencieuses - on dit même « muet comme une carpe » -, attachantes mais fuyantes, qui ont besoin d'espace et de profondeur pour évoluer à leur aise ». Cyril rit : « C'est tout lui, en effet. Il a fabriqué cet aquarium au grand air avant que je naisse. Ma mère avait la hantise que ma sœur et moi y dégringolions, bien qu'il y ait une petite palissade. Il faut dire que c'est un vrai piège à chats. Plus d'une fois, j'ai vu flotter un matou noyé. Ma mère dit que c'est de l'inconscience et du sadisme et plusieurs voisins sont venus râler parce que leurs animaux avaient « disparu » chez nous, mais rien n'y fait. Son « boulot » aussi est à l'extérieur : il est chef d'équipe du service municipal des espaces verts. Depuis hier, il est « furax » : il est tombé d'une échelle et s'est payé une entorse grave, ce qui l'oblige à rester à la maison. Le médecin a exigé un repos absolu pour sa cheville s'il veut remarcher sans boiter, et ils se sont engueulés. C'est rare que mon père aille chez le toubib. Quand il est malade, il s'en moque. Il nous serine avec une déclaration de Napoléon :

« Quand on veut, on peut. Quand on peut, on doit [20] ». Si c'était si facile, ça se saurait ! Il se gargarise avec une autre phrase : « L'Empereur ne connaît qu'une maladie : la mort [21] ». Mais ça veut dire quoi, cette logique de « maboul » ? Souffrir, être blessé, c'est du cinéma ? ». J'interviens : « On a bien sûr le droit de ne pas se sentir bien, d'être faillible, dans son corps et dans son tête. C'est désespérément humain. Il se trouve que certaines personnes ont du mal à l'admettre, souvent pour elles-mêmes d'ailleurs. Voir les choses comme ça, c'est peut-être se « blinder » pour supporter la vie [22] ». L'adolescent réagit avec une saine spontanéité : « Si mon père se prend pour un Terminator, c'est son affaire. Mais je ne veux pas en subir les conséquences. J'ai besoin de partager des mots et de l'affection, avec lui et d'autres personnes ».

Quelques semaines passent. Les parents de Cyril desserrent l'étau des interdictions : il peut regarder la télévision et utiliser son ordinateur. Son père le teste : il lui donne de l'argent pour qu'il aille chez le coiffeur. L'adolescent « flaire » le piège et ramène la monnaie au centime près. Sa mère apprécie son coup de crayon. Elle l'encourage à concourir pour des prix locaux et vient de lui proposer de prendre des cours de dessin. Il a rougi et répondu : « Non merci, pour l'instant je préfère me débrouiller seul ».

C'est l'occasion pour lui de verbaliser son hobby : « Avant, je faisais surtout des croquis de maisons, de scènes de la rue et d'animaux en liberté. Je marchais beaucoup et je collectais des images et des impressions. Depuis le « bazar » au lycée, je me suis lancé dans une bande dessinée. C'est devenu mon échappatoire. J'ai créé un personnage principal et j'imagine ses aventures. Il se bat sans arrêt. Ses ennemis sont innombrables. Il n'est jamais en manque d'activité ! Il se sert d'un sabre et de « flingues ». Il parle beaucoup, pour dire qu'il a la rage. Il commence par faire la peau de deux loubards qui ont piqué le baladeur d'un garçon ». J'interviens : « C'est une scène précise. Qu'est-ce que tu pourrais en dire ? ». Il répond : « Que ça m'a sacrément défoulé de la dessiner. L'année dernière, je me suis fait agresser de cette façon et ça m'a fichu la honte autant que la haine. Les types étaient trop balèzes pour que je puisse me défendre. Ils m'auraient massacré. En plus, je suis sûr qu'ils trimbalaient des couteaux. J'ai eu envie de me jeter sous une voiture quand je suis rentré ». Je demande : « Est-ce que tu as parlé de cette agression ? ». Cyril soupire : « Même pas la peine. J'ai eu peur que mes copains me traitent de lâche. Quant à mes parents, laissez tomber. Pour eux, je suis un vaurien. Soit ils ne m'auraient pas cru, genre « Tu te lamentes pour faire ton intéressant », soit ils m'auraient balancé « Tu es sûr que ça n'est pas toi qui a attaqué des gens ? Tu ne racontes pas ça pour te couvrir parce qu'un sale coup a été commis dans le coin ? ». Il faut dire qu'en primaire, j'ai tapé jusqu'au sang un autre élève. Il m'avait volé un Pokémon. Pour éviter que mes « vieux » posent des questions sur le baladeur, j'ai pris les devants : j'ai prétendu que je l'avais perdu dans le bus, qu'il avait dû glisser de ma poche ou qu'un pickpocket me l'avait « barboté » ; ça m'a valu des vannes, style « Cervelle de moineau, tu te débrouilleras pour en racheter un », mais je n'en suis pas mort ».

Cyril poursuit : « Dans ma bande dessinée, c'est moi qui suis aux commandes. Je « dégomme » qui je veux, et ça éclabousse ! Mes parents m'interdisent de sortir ? Pas de

---

[20] *En somme, le père de Cyril pourrait être qualifié de « grognard » dans tous les sens du terme.*

[21] *Je me suis alors souvenu du témoignage de Robert Anthelme (1957), prisonnier dans un camp nazi et à qui un « kapo » déclara : « Ici, il n'y a pas de malades : il n'y a que des vivants et des morts ». J'ai gardé pour moi cette association. Ce n'était pas la peine d'en rajouter…*

[22] *Par une transformation de la souffrance psychique, déniée, en souffrance physique « réelle » (c'est-à-dire, à la différence du fantasme hystérique, objectivable sur le plan organique). De fait, l'atteinte somatique récente du père de l'adolescent me paraît exprimer sous une forme dé-métaphorisée et à rebours le fait qu'il soit « tombé de haut » suite à « l'entorse sévère » de son fils vis-à-vis de la loi…*

problème, « l'homme sans visage » - c'est le nom que j'ai donné à mon personnage - prend le relais. Il apparaît et disparaît, ni vu ni connu. C'est un type sans âge, qui porte un grand manteau. Il a un trou noir à la place du visage. Il élimine ceux qui lui cherchent des noises. Il n'a aucune mission et ne travaille pour personne. Il se débarrasse des nuisibles qu'il croise, c'est tout. Il n'a pas d'amis, mais ça lui convient. Il ne sait rien au sujet de sa famille, mais ça ne le perturbe pas ».

Je lui fais remarquer que de nombreux héros de bande dessinée ne connaissent pas leurs origines et, à la différence de son personnage, que cette information manquante pilote souvent leur trajectoire, à la manière d'un moteur plus ou moins occulte [23] et pour le meilleur comme pour le pire. Il grimace : « Ce n'est pas mon truc. L'homme sans visage n'a pas le temps de se poser des questions et il n'existe que par lui-même. Tout ce qui l'intéresse, c'est d'en découdre ». Je me suis dit : d'opérer des séparations, des différenciations.

Trois mois se sont ensuite écoulés, au cours desquels Cyril a pris appui sur les avancées de sa bande dessinée, qui a dépassé deux cent pages, pour me parler de ce qui, tour à tour, bouillonnait en lui, le désespérait et lui faisait plaisir. J'ai ainsi assisté au / le déploiement d'un support culturel par lequel cet adolescent mettait des images et des mots sur son effort pour continuer à grandir malgré les contraintes parentales (lesquelles ont décru avec une régularité remarquable). Son ressentiment envers ses parents, qui entravaient sa « sensori-motricité », se trouvait scénarisé (et donc, en partie, métabolisé sur le plan psychique). Je sentais qu'en retour, la réalité de « l'œuvre » accomplie et poursuivie assurait mon interlocuteur d'un efficace sentiment de continuité d'exister, où la tentation rageuse de l'auto-engendrement était assez bien endiguée.

Lors de nos rencontres, Cyril me montrait et commentait sa bande dessinée. Sur le plan technique, il commençait par délimiter les cases d'une page entière, puis dessinait, y compris l'enveloppe des bulles. Il terminait par la rédaction du contenu - « prêt dans ma tête à la virgule près » précisa-t-il - de ces dernières. Le tout possédait d'indéniables qualités esthétiques et narratives. Un jeune talent naissait. Une particularité m'avait frappé : adepte de la ligne noire (d'abord au crayon, puis au feutre fin), qui l'aidait à délimiter les êtres et les choses avec netteté, d'autant plus qu'il campait des situations très dynamiques, l'adolescent n'utilisait qu'une couleur (au feutre) : le rouge, et toujours pour figurer du sang, que son belliqueux personnage faisait jaillir en abondance !

Je pointe cette singularité, puis je risque : « On voit bien, comme dit l'expression, « de quel bois se chauffe » votre personnage, à défaut d'ailleurs de discerner les traits de son visage, et on peut voir « quel sang coule » dans les veines de ses adversaires ». Cyril reste perplexe. Il paraît absent. Il murmure ensuite : « A propos de sang, ma sœur est en train de partir en vrille. Elle s'est scarifiée plusieurs fois avec un compas. Ma mère l'a giflée, puis a éclaté en sanglots. Mon père était crispé et m'a dit « Va dans ta chambre. Ce ne sont pas tes oignons ». Ma sœur m'a fait pas mal de vacheries, mais maintenant, je suis inquiet pour elle. Mes parents vont l'emmener voir un psychiatre. Elle dit qu'elle ne voulait pas se suicider. A quoi ça rime ? ». J'interviens : « Deux idées me viennent à l'esprit, mais tu peux ne pas être

[23] *Cette quête identitaire est soit inconsciente, comme chez Rahman, soit consciente, comme chez XIII. Outre mon livre (op.cit.) sur le « fils de Craon », j'ai consacré deux chapitres d'ouvrage (2007) aux efforts d'inscription généalogique dont les pérégrinations de ces héros de BD sont le passionnant théâtre. De tels enjeux sont également au cœur des aventures de Thor gal, que Cyril et moi-même avons découvert de concert… grâce à l'intervention judicieuse de Marie, une psychologue stagiaire associée à cette prise en charge et qui a eu la gentillesse de nous prêter les albums correspondants.*

d'accord avec moi. D'abord, faire couler son propre sang, ça permet parfois de déplacer sur la surface du corps et de façon active (on choisit le moment, la localisation sur la peau et les « spectateurs ») un mal-être qui insiste dans notre tête et sur lequel on n'a aucune barre (sans oublier, lorsqu'on est une femme, la douleur incontournable infligée par les règles). Ensuite - et là je repense au sang que tu mets en scène dans ta bande dessinée -, quand on est jeune et qu'on traverse un moment difficile, ça revient peut-être à poser une question fondamentale : de quelle rencontre amoureuse - charnelle et sentimentale - entre un homme et une femme suis-je le produit ? Sous-entendu : mes parents sont-ils mes parents, qu'est-ce qui a cimentés leur couple et m'ont-ils désiré(e) ? ».

L'été approche. Cyril a regagné la confiance parentale et a effectué une année scolaire satisfaisante. Il passera sans difficulté en Première. Sa sœur va mieux et vit un petit flirt sympathique. La famille se prépare à partir en vacances. L'adolescent se sent capable d'interrompre son suivi. Comme je ne le sens pas en danger, j'agrée son souhait. L'ultime entretien a apporté de l'eau à mon moulin au sujet des aléas de l'inscription identitaire de mon interlocuteur (et, certainement, de sa sœur), qui m'a fait part d'une « engueulade » singulière : « J'étais en voiture avec mes parents. On écoutait la radio. Il y avait une émission sur l'infidélité. Une femme racontait que son mari l'avait trompée et qu'elle voulait (pourtant) rester avec lui. Elle demandait ce qu'elle devait faire. J'ai dit : « A sa place, j'aurais jeté le mec. Quel enfoiré ! ». Ma mère s'est brusquement énervée et m'a crié dessus : « C'est quoi, cette intolérance de m…? On peut laisser une chance à cet homme ». Mon père s'en est mêlé : « On t'a bien laissé une chance pour le shit. Le commissaire et moi voulions que tu ailles en « taule », mais on a décidé que le procès-verbal ne serait pas transmis au juge ». Je me suis écrasé et la discussion s'est arrêtée là ».

Une fois Cyril parti, j'ai repensé à cette « prise de bec » sur le mode de la « rêverie ». L'image de « l'homme sans visage » m'est revenue, puis celles du visage de l'adolescent et de ses parents. La ressemblance de Cyril avec sa mère était nette. Par contre, force est de constater que ses traits n'avaient strictement rien en commun avec ceux de son père. J'ai alors mis en doute la paternité biologique de cet homme. J'ai surtout fait l'hypothèse que les parents de l'adolescent avaient été - et demeuraient - tourmentés par cette question, qui les aurait rongés sur le mode d'un secret honteux et à l'influence psychique de laquelle Cyril et sa sœur, sous l'effet de la crise adolescente (ici accentuée), auraient inconsciemment répondu, de façon d'abord agressive et transgressive puis « créatrice » ou « sublimatoire » dans le cas de Cyril. Dans le détail, je me suis représenté le fait que la mère de l'adolescent avait, dans un moment conjugal difficile, « pris un amant » de façon parallèle à sa vie sexuelle avec son époux. En d'autres termes, elle aurait fréquenté deux hommes lorsqu'elle tomba enceinte de son fils et son mari aurait été au courant de la liaison adultérine. Cette dernière aurait pris fin avec le constat d'une grossesse et le couple aurait surmonté son différent en s'engageant dans l'aventure de la parentalité. Suite au faux pas de Cyril, son père s'était montré extrêmement réactif et tenace dans la mise en place et la surveillance des sanctions, ce que j'ai interprété dans l'après-coup comme une « revendication de paternité », sans doute inconsciemment sollicitée par l'adolescent (exposé à l'influence psychique de la faille parentale correspondante). Cyril, par son comportement, aurait sans le savoir soumis ses parents à un véritable « test de paternité »... Dernier point, le jour qui avait suivi la dispute en voiture, le père de Cyril l'a conduit autour du centre de détention local et lui a dit : « Regarde bien ! Ça aurait été ta deuxième maison », ce que j'ai entendu comme : « Tu es peut-être né d'un deuxième lit, mais ta mère et moi, par amour mutuel et pour toi, avons préféré tirer une croix sur cette incertitude et faire pencher la balance du côté du « oui, tu es notre enfant ».

Bibliographie

Antelme R (1957) L'espèce humaine. Paris : Gallimard.
Durand G (1960) Les structures anthropologiques de l'imaginaire. Paris : Dunod, 1992.
Hachet P (2000) Psychanalyse de Rahan. Le fantôme psychique d'un personnage de BD. Paris : L'Harmattan.
Hachet P (2007) Promenades psychanalytiques. Paris : L'Harmattan.
Hachet P (2009) Adolescents et parents en crise. Psychologue dans un Point Accueil Ecoute Jeunes. Nîmes : Champ Social.
Rassial J-J (1996) Le passage adolescent. De la famille au lien social. Ramonville Saint Agne : Erès.

A PROPOS DES ADLOLESCENTS MINEURS QUI VIVENT EN COUPLE

Pascal HACHET Psychologue au Tamarin

De plus en plus d'adolescents mineurs vivent en couple. Cette occurrence est assez répandue pour que l'on puisse y discerner un phénomène de société. Elle s'explique en grande partie par la bienveillance des parents, qui acceptent volontiers de recevoir ou d'héberger le copain ou la copine de leur adolescent chez eux. Cette attitude était nettement moins fréquente il y a une ou deux générations. En tout état de cause, il s'agit d'un bon compromis pour les deux parties : l'adolescent mineur reste proche de ses parents… et il bénéficie d'une « bulle » affective optimale ; il jouit d'une autonomie presqu'inespérée, réellement accordée par ses proches et sécurisante.

On peut se demander si le fait de se « mettre » ensemble si tôt est « raisonnable ». Certes, lorsqu'un couple d'adolescents est vraiment très jeune, tout juste post-pubère (grosso modo, âgé de moins de 15 ans), les parents des deux jeunes doivent avoir une discussion bienveillante et approfondie avec eux avant de leur accorder une quelconque autorisation d'hébergement conjoint, en particulier pour voir si cet attachement ne traduit pas un mal-être accentué. Mais gardons-nous de tout a priori moralisateur, surtout dans une affaire de coeur ! Alors que tant de jeunes redoutent de faire l'expérience d'une certaine « misère de l'amour » (on acquiert les faveurs de l'autre puis on le « plaque », avant de s'en vanter en termes désobligeants auprès des copains ou des copines ; on calque sa « vision » de la sexualité sur celle des images pornographiques), ces adolescents font preuve d'équilibre et de maturité ; ils sont fondamentalement attendrissants et forcent le respect de leurs proches (les pairs d'âge comme les adultes). Bon nombre de ces mineurs trouvent dans leur couple une affection stable qui a pu leur faire défaut pour différentes raisons, tel un divorce qui a rendu leurs parents moins disponibles et attentifs pendant un certain temps. De fait, un couple adolescent semble davantage cimenté par un besoin élaboré de sécurité affective que par le désir sexuel.

On pourrait croire que le fait d'être « à deux » si jeune nuit à l'épanouissement personnel. Les faits démentent cette idée. La plupart de ces adolescents sont « bien dans leur tête » et le fait d'être en couple ne les empêche pas de grandir au moyen d'apports extérieurs. En nos temps où chacun peut choisir et cultiver ses « goûts et couleurs » avec une grande

liberté, la vie de couple en général n'empêche guère de cheminer et de s'accomplir en tant qu'individu.

Une relation affective soutenue entre personnes mineures renforce l'estime de soi et la confiance en soi. De façon corrélative, la traversée de la « crise » adolescente est vécue avec moins d'angoisse : si des moments difficiles surviennent comme chez les autres jeunes, ils sont accueillis puis surmontés avec moins de douleur.

Dans la cour de récréation, les adolescents en couple sont souvent très respectés par les autres jeunes. Ils incarnent un idéal sentimental que l'on se garde bien de railler : ces tourtereaux ne se sont-ils pas trouvés « du premier coup » ?

La durée des « bébés-couples » et la jeunesse des intéressés ne paraissent pas incompatibles, mais la fin de l'adolescence, où l'on ne peut plus se contenter de « vivre d'amour et d'eau fraîche », constitue une incontournable mise à l'épreuve : la nécessité de quitter les parents (qui hébergeaient jusqu'alors le « bébé-couple ») et de se lancer dans le monde du travail (facteur de diversité et de différenciation sociales parfois brutales) risquent de fonctionner comme des « tue-l'amour » ; certains jeunes couples (au même titres que certaines relations amoureuses forgées après la majorité d'ailleurs) ne « survivent » pas à ce qui apparaît rétrospectivement comme le réaménagement non surmontée d'un « cocon » jusqu'ici placé sous semi-responsabilité parentale.

Ces jeunes gens sont plus matures que les autres adolescents, mais il est important de comprendre qu'ils n'ont pas forcément eu le choix de développer cette compétence relationnelle. En effet, le besoin d'affection est pour une part tressé au désir et à la nécessité de guérir de certaines blessures de l'âme ! Les « bébés-couples » sont caractérisés par la maturité émotionnelle et la tendresse. Au passage, qui dit tendresse ne signifie pas forcément rapport sexuel, loin s'en faut. De fait, chez ces adolescents, l'âge moyen de « la première fois » ne semble pas plus précoce que celui des autres jeunes (pour rappel, 17 ans). De plus, même s'ils se connaissent depuis la prime adolescence, ils ne se fiancent et ne se marient pas plus tôt que les autres ; ils ne se précipitent à la mairie et à l'église pour passer l'anneau. Deux explications peuvent rendre compte de ce phénomène : d'une part cette génération d'adolescents (ainsi que celle de leurs parents, à la différence de leurs aïeux communs) ne vit plus la vie de famille comme un problème qui a pour solution l'union libre ou le mariage, d'autre part la maturité des « bébés-couples » leur permet de tisser des liens suffisamment solides pour qu'ils aient besoin de leur donner une forme officielle, « institutionnelle ». En amont, le séjour plus ou moins durable (le week-end ou à plein temps) dans la famille de l'aimé(e) fonctionne de toute manière comme un rite nuptial validé par des adultes et, à ce titre, structurant sur le plan psychique.

EN 2009, L'EQUIPE DU TAMARIN A PUBLIE

- 2 ouvrages :

Hachet, P. (2009). Adolescents et parents en crise. Psychologue dans un Point Accueil Ecoute Jeunes. Nîmes : Champ social, coll. Enfance et Adolescence, 112 p.

L'adolescence est un thème éditorial « porteur ». Sociologues, psychologues, pédagogues et ethnologues rivalisent d'articles et d'ouvrages sur « l'âge bête » et ses aléas. Cette intense production est vertébrée par un constat si consensuel que l'on s'étonne qu'il fasse couler tant d'encre : sensibles mais distants, spontanés mais déroutants, fragiles mais

impulsifs, à la fois familiers et porteurs d'une irréductible étrangeté, les adolescents constituent une figure psychosociale marquée, entre toutes, du sceau du paradoxe.

Or, face à cette réalité, l'ensemble des adultes (parents, professionnels, citoyens lambda) a également tendance à osciller, de façon contradictoire, entre l'attachement et l'appréhension, voire le rejet ! Cette réaction en miroir risque de demeurer stérile, voire contre-productive (creuset des affrontements les plus aveugles…), et le discours « savant » tenu aux uns et aux autres de se cantonner au conseil et à la recette, d'abord bienveillants puis (une fois que ça n'a pas « marché ») appliqués à la lettre, autoritaires…

La complexité adolescente appelle un tout autre positionnement de la part du témoin ou de l'interlocuteur adulte : il s'agit de résonner (au double sens de donner une réponse et de penser de façon active) à la manière d'un écho, qui amplifie et propage les sons - les met en perspective et, ce faisant, en enrichit la gamme - et dont l'atténuation laisse une trace qui ouvre l'esprit et pacifie... C'est à la dialectique de la diffraction et de la reprise, de la répétition et du changement, de la saturation et de la surprise, de la rupture et de la création – et non à une réplique paranoïaque en forme de talion normatif – que nous convient les facettes tour à tour attendrissantes et irritantes de l'énigme adolescente.

Tiré d'une pratique institutionnelle de psychologue, cet essai est le fruit d'« états d'âme travaillés » issus de rencontres cliniques avec des adolescents et des parents d'adolescents.

Une première partie insiste sur des occurrences intrapsychiques et relationnelles assez peu décrites, mais vers lesquelles la relation thérapeutique conduit souvent le psychologue, l'adolescent et ses proches: le « bon usage » possible des formes paroxystiques de la crise juvénile ordinaire ; l'impact tumultueux de la monoparentalité conjuguée à la précarité sociale ; le recours à des textes écrits par d'autres jeunes en guise de « bouée mentale » lors de la traversée de « l'âge ingrat » ; le surinvestissement adolescent de l'espace (ou de ses « territoires ») comme voie d'accès à la temporalité adulte ; le cas particulier des adolescents amoureux qui peinent à concrétiser leur flamme ; la façon dont l'imaginaire juvénile travaille à digérer les « mauvaises rencontres » pulsionnelles et sociales et à prévenir la violence agie ; les mises en danger « silencieuses » et implosives de soi ; les prises de risque qui ont pour théâtre le cadre familial.

La seconde partie situe ces manifestations cliniques à l'échelle des pratiques psychologiques développées dans un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), espace institutionnel qui a pour vocation la prise en charge ambulatoire des adolescents excessivement engagés dans des comportements risqués et de leur entourage : la guidance psycho-éducative et ses limites techniques ; le travail en réseau avec les institutions psychiatriques ; l'accueil groupal de fumeurs de cannabis orientés par la justice ; l'accueil groupal de parents confrontés à des difficultés persistantes avec leurs adolescents.

Ce cheminement a pour fil rouge une observation clinique encourageante : la rencontre entre un psychologue et un adolescent suscite souvent une « déflagration » heureuse, alors promotrice de changement (de part et d'autre) et dont l'effet maturatif, à l'instar des « âmes bien nées » selon la phrase célèbre de Corneille, « n'attend point le nombre des années ».

Hachet, P. (2009) Adolescence et risque. Bruxelles : Ministère de la Communauté française, coll. Temps d'Arrêt, 64 p.

Ce livret didactique a été rédigé pour la Coordination de l'Aide aux Victimes de maltraitance du Ministère belge de la Communauté Française, qui associe l'Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, la Direction générale de l'aide à la jeunesse et la Direction générale de la santé. Il a été imprimé à 11.000 exemplaires et s'adresse aux professionnels de l'enfance et de l'adolescence.

Un premier chapitre insiste sur le fait que les prises de risques adolescentes ne se traduisent pas seulement par des comportements excessifs, mais également par des attitudes de repli, « en négatif ». Il est essentiel que les professionnels connaissent les « visages » de ces actes « par défaut » pour ne pas faire équivaloir le risque juvénile avec l'expansion corporelle transgressive et pour qu'ils concentrent leurs efforts sur les manifestations peu démonstratives, voire silencieuses, de la sensori-motricité adolescente en souffrance.

Un deuxième chapitre est consacré à l'aspect psychodynamique des prises de risques à l'adolescence. L'auteur expose d'abord plusieurs positions théoriques qui admettent la prise de risques comme une « production » de la crise juvénile normale. Il propose ensuite de comprendre l'engagement compulsif dans le risque à l'adolescence comme la conséquence d'histoires familiales marquées par la honte et le secret pathogène : l'adolescent « kamikaze » agit à son corps défendant, de manière insue, incoercible et méconnaissable en soi, les squelettes dans le placard de sa famille.

Ces éléments de pensée conduisent l'auteur à présenter, dans un troisième chapitre, les interventions psychologiques en direction des adolescents et de leurs proches. Des considérations sur la nécessité de développer une culture commune aux parents et aux professionnels et sur les actions de prévention collective auprès des jeunes qui côtoient a priori le risque de façon non excessive introduisent des développements sur la psychothérapie - où le psychologue doit faire preuve de bienveillance engagée - individuelle des adolescents qui entretiennent un rapport problématique avec le risque, sans oublier les situations où les parents sont susceptibles d'être associés à cette prise en charge.

- 1 article :
Hachet, P. (2009) L'aide psychologique aux "ados" qui fument des "joints" et à leurs parents. Psycho Media.

LE FUSAIN AILE

VII. ACTIVITE CLINIQUE DU FUSAIN AILE. LECTURE ET COMMENTAIRES

- *A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives*
- *B. Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009*

VIII. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE JEUNES RECUE EN ENTRETIEN

- *A. Répartition par sexe*
- *B. Tranche d'âge*
- *C. Moyenne d'âge*
- *D. Origine géographique*
- *E. Logement*
- *F. Situation professionnelle*
- *G. Origine de la demande*
- *H. Les réorientations préconisées par l'équipe*
- *I. Situation judiciaire*
- *J. Les jeunes usagers de cannabis*

IX. DONNEES CHIFFREES.LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE PARENTS RECUE EN ENTRETIEN

- *A. Origine de la demande*
- *B. Nature de la demande*
- *C. Liens de parenté*
- *D. Origine géographique*

X. PRISE EN CHARGE GROUPALE DES USAGERS DE CANNABIS

- *A. Groupes « rappel à la loi »*
- *B. Groupes « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants »*

XI. LES ACTIONS DE PREVENTION

- *A. La communauté éducative*
- *B. Le Conseil général*
- *C. Les associations*
- ***D.** Réseau « Prévention des toxicomanies du beauvaisis **»***

XII. RESEAU PREVENTION TOXICOMANIE DU BEAUVAISIS

Membres de l'équipe

Me Dominique LEFEVRE-chef de service (0,5 ETP).
Mlle Delphine DUFLOT-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Mr Pierre-Jean BRACHET-Psychologue (0,5 ETP).

Stagiaires

Me Nacera TALBI-Assistante de service social.

Préambule

« Chacun par un chemin détourné et périlleux, est en quête de légitimité personnelle. Les conduites à risques sont des actions développées par le jeune, seul ou avec d'autres, mettant son existence en danger physique ou moral. Malgré les efforts de la société pour les prévenir, elles tendent à se multiplier ».

David LE BRETON

INTRODUCTION

L'activité du Fusain Ailé, comme les années précédentes a été soutenue, tant en interne, face à l'accueil (en individuel ou en groupe) de jeunes et de parents, qu'en externe à la rencontre de partenaires et/ou dans l'animation d'action de prévention auprès d'un public diversifié.
La lecture des statistiques montre que l'activité d'accueil et d'accompagnement s'est adressée à 232 jeunes et jeunes adultes, en prise avec un usage de cannabis. Ils représentent 80% de la file active. Le nombre d'adolescents et jeunes adultes consommateurs de cannabis, reçus en entretien individuel, a augmenté de 37.5% en comparaison à l'année 2008 soit 121 personnes (88 en 2008).
Concernant leurs rapports au produit 19% consomment de manière festive, 17% régulièrement et 56% en sont dépendants. Les personnes en grandes difficultés avec le cannabis sont pour la plupart orientées dans le cadre d'une obligation de soin.
Les orientations vers notre service sont impulsées par différentes sources. Elles sont néanmoins majoritairement induites par les services de justice, dans le cadre des alternatives aux poursuites, suivies par les orientations à l'initiative des familles. Celles-ci représentent 11% des accueils.
Depuis l'année 2008, le Point Ecoute organise et coordonne les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants. Cette année, nous avons animé 7 groupes qui se déclinent en 6 groupes pour des personnes majeures et un groupe pour les jeunes mineurs.
Une autre mesure alternative aux poursuites est aussi prononcée par le TGI de Beauvais : le rappel à la loi. Dans ce cadre, nous avons reçu 50 majeurs et animé 7 groupes. Ces deux activités sont décrites et détaillées plus en avant, dans un chapitre spécifique.
Cette année encore, nous enregistrons un fléchissement du nombre de parents rencontrés. La file active parents représente 22% de la file globale, soit 83 personnes. 57 parents se sont associés à l'accompagnement de 45 mineurs.
Plusieurs années de suite, nous avons tenté de diversifier nos modes d'accueil, en proposant aux parents, un espace d'accueil en groupe. A l'origine ce groupe parents intitulé « parents d'adolescents, comment faire ? » a été crée en concertation avec nos collègues de l'équipe de

prévention de l'IFFEP. Cette année nous avons mis un terme à ce groupe. En effet, nous n'avons pas (ni l'équipe de prévention spécialisée) réussi à rassembler suffisamment de parents pour constituer, dans la durée, une dynamique de groupe.
Nous avons décidé, en lien avec les éducateurs de prévention, de répondre maintenant « au coup par coup » aux demandes des parents qui nous solliciteraient pour des conseils et ou informations sur les produits stupéfiants.
Comme nous le faisons avec les mineurs reçus en entretien individuel, nous avons tenté d'associer les parents des mineurs orientés dans le cadre d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Nous avons prévu pendant la durée du stage de les convier afin d'une part d'd'échanger avec eux sur le sens de la mesure et d'autre part pour leur apporter, si nécessaire, les informations dont ils auraient besoin concernant les stupéfiants. Au premier stage là encore, aucun parent n'a répondu favorablement à notre proposition.
Même si ces propositions n'ont pas été un succès, nous devons réfléchir sur comment aller à la rencontre des parents, pour les soutenir dans leur rôle et plus précisément vers ceux qui n'osent pas prendre contact avec les services. En effet c'est dans leur famille que les jeunes doivent trouver le soutien, le dialogue et les limites. D'ailleurs, le plan MILDT 2008-2011 préconise aux associations et institutions de donner une réponse aux familles en difficultés.
L'équipe du Fusain, seule, n'a pas les moyens humains, ni la connaissance fine des besoins des familles en grandes difficultés dans leur positionnement parental. Cette perspective de projet en direction des parents, pourrait- être soumise au groupe « d'aide au montage de projets de Prévention des Toxicomanies du Beauvaisis ». En effet, comme nous vous en avions informé dans notre dernier bilan d'activité, l'association SATO-Picardie, porte administrativement la gestion de cette organisation et a embauché une éducatrice pour le poste de coordinatrice du Réseau, adossé au Point écoute. Le bilan d'activité du Réseau Prévention Toxicomanie, est annexé du bilan du Fusain Ailé.

I. ACTIVITE CLINIQUE DU FUSAIN AILE. LECTURE ET COMENTIRES

A. Tableau comparatif 2007-2008-2009 des files actives

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de jeunes reçus	*389*	*263*	*290*
- dont nouveaux	*327*	*195*	*264*
*- dont passages**	*20*	*14*	*13*
Nombre de parents reçus	*124*	*110*	*83*
- dont nouveaux	*109*	*101*	*71*
*- dont passages**	*0*	*0*	*0*
Total file active	*513*	*373*	*373*

** Il s'agit de jeunes et/ou d''adultes qui se sont adressés au service afin d'obtenir des informations (plaquettes, aide à la réalisation d'une enquête, d'un devoir, etc.), des conseils, des préservatifs.*
Ils n'ont pas été reçus en entretien individuel ou en groupe.

Le taux de croissance de la file active jeunes est de : 10%
Le taux de renouvellement de la file active jeune est de : 91%
Le taux de décroissance de la file active parents est de : 25%
Le taux de renouvellement de la file active parents est de : 85%

Cette file active se décline de la manière suivante

- *168 jeunes ont été reçus en entretiens individuels. Nous enregistrons 121 premiers accueils, soit un taux de renouvellement de 72% et 10 reprises après une interruption supérieure à 6 mois. Nous observons une progression de 12%.du nombre de jeunes reçus en entretien individuel.*
- *50 jeunes ont été orientés par la justice pour un rappel à la loi. Ils ont été accueillis dans les groupes de discussion et d'échange « cannabis ». Parmi eux, 42 sont effectivement venus, soit 84% des adressages. Nous avons organisé sur l'année 7 groupes.*
- *55 personnes majeures ont été orientées au stage de « sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ». Parmi elles, 46 ont participé à l'intégralité du stage, soit 84% des personnes orientées.*
- *6 personnes mineures ont participé au premier stage de « sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants», soit 100% des orientations.*
- *12 jeunes sont venus chercher de la documentation.*
- *79 parents ont été accueillis au service pour des informations, des conseils ou pour « faire le point » à propos d'un de leur enfant, adolescent ou jeune majeur. Parmi eux, nous notons 71 premiers accueils*
- *4 parents, accompagnés par les éducateurs de l'équipe de prévention de quartier ont été reçus en groupe.*

B. *Les actes honorés. Comparatif 2007-2008-2009*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre actes jeunes	*848*	*675*	*781*
- dont entretiens individuels	*564*	*456*	*501*
Nombre actes parents	*250*	*257*	*190*
- dont entretiens sans le jeune	*143*	*177*	*117*
- dont entretiens en famille	*107*	*80*	*73*
Total actes	*1098*	*932*	*971*
- dont nombre entretiens socio-éducatifs	*nr*	*nr*	*368*
- dont nombre entretiens psychologiques	*nr*	*nr*	*251*

L'activité annuelle montre une augmentation des actes entretiens individuels jeunes et parents confondus de 4%. Les actes jeunes sont en progression de 16% et les actes parents en diminution de 26%.

Au regard de la configuration de l'équipe et de la répartition du temps de travail de chacun, nous avons été étonnés par le peu d'écart entre le nombre d'entretiens sociaux-éducatifs et le nombre d'entretiens psychologiques.

Les temps passés par l'éducatrice au TGI, pour recevoir les justiciables majeurs, contraints de s'inscrire aux stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants, ni les tâches administratives inhérentes à cette activité ne sont comptabilisés ni d'ailleurs, le temps passé à la co-animation de deux modules. S'ajoute le temps mis à disposition pour des actions de prévention dans les établissements scolaires ou autres.

De plus, l'éducatrice reçoit régulièrement les personnes dans le cadre d'une obligation de soin. Ces personnes prennent des rendez-vous très régulièrement et oublient de les honorer. A eux seuls, ils représentent 49 actes non honorés. Au demeurant, le temps plein de

l'éducatrice est bien rempli. En effet, cette fonction est à la fois le « fil rouge » pour l'ouverture du service du lundi au vendredi, ainsi que pour l'accueil téléphonique.

Le fil rouge du service recueille toutes les sollicitations et les transmet ensuite à son collègue psychologue ainsi qu'au chef de service.

	2007	***2008***	***2009***
Nombre moyen d'entretien/jeune	*2,70*	*2,98*	*2,98*
Nombre moyen d'entretien/parent	*1,67*	*1,45*	*2,28*

Le nombre moyen d'entretien par jeune reste stable. Il correspond à la durée de prise en charge préconisée dans le cahier des charges des « Point Ecoute ».
Nous notons un allongement de la prise en charge des parents.

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE JEUNES RECUS EN ENTRETIEN

A. Répartition par sexe

	2007	***2008***	***2009***
Filles	*47*	*26*	*35*
Garçons	*159*	*124*	*133*
Total	*206*	*150*	*168*

Bien que les adolescentes ou jeunes femmes soient minoritaires, nous notons cependant une augmentation de 35% de leur venue.

L'hypothèse émise lors du rapport d'activité 2005 et selon laquelle « le mal être adolescent » serait appréhendé différemment par les filles et les garçons, semble se confirmer pour 2009. Nous évoquions la possibilité que les filles avaient plus de facilité que les garçons à se tourner vers un professionnel ou une autre personne pour exprimer leur malaise.
Lorsque nous approfondissons les recherches, sur ces 35 filles, nous constatons que 17 d'entre elles sont mineures et que 11 ne consomment aucun produits, soit 65%. Par contre, une fois la majorité atteinte, 18 jeunes femmes, pratiquement 50% de la file active, poussent la porte du Fusain Ailé pour une consommation de produit.
Parmi les 133 garçons, 21 ont moins de 18 ans et seul 4 viennent pour une autre raison qu'une consommation de produits, soit 19% d'entre eux.

B. Tranches d'âge

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 20 ans	*88*	*69*	*70*
dont moins de 18 ans	*32*	*31*	*37*
20-24 ans	*82*	*46*	*49*
25-29 ans	*24*	*18*	*24*
30 et plus	*12*	*17*	*25*
Total	*206*	*150*	*168*

Le nombre de jeunes de moins de 20 ans reste relativement stable.
Nous notons une augmentation de 19% des moins de 18 ans.

La tranche d'âge 20-24 ans est en hausse de 6% ainsi que la tranche d'âge 25-29 ans, de 33%.
La tranche d'âge plus de 30 ans est également en progression de, 47%. Il s'agit des personnes orientées par la justice sous obligation de soins.

C. ***Moyenne d'âge***

	2007	***2008***	***2009***
Filles	*21,20*	*20,30*	*20*
Garçons	*22,80*	*23,40*	*22 ,90*
Générale	*22,50*	*22,90*	*22,30*

La moyenne d'âge générale reste stable, avec néanmoins, un léger rajeunissement des garçons.

D. ***Origine géographique***

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*125*	*77*	*75*
- dont originaires du département	*121*	*76*	*75*
- dont originaires de la ville d'implantation du service	*80*	*56*	*62*
- dont originaires de la Communauté de Communes de la ville d'implantation	*1*	*11*	*17*
Non renseigné	*81*	*73*	*93*
Total	*206*	*150*	*168*

Depuis 2008, nous renseignons plus finement l'origine géographique du lieu de vie des personnes accueillies. De ce fait, les chiffres correspondant au département sont en baisse et apparaît une augmentation constante des personnes originaires de la communauté de commune du Beauvaisis.

Depuis 3 années nous constatons en pourcentage une stagnation des nombres de personnes résidentes dans la ville d'implantation du service.

E. ***Logement***

	2007	***2008***	***2009***
Indépendant	*28*	*31*	*36*
Stable en famille	*124*	*76*	*78*
Stable monoparental	*nr*	*nr*	*nr*
Provisoire ou précaire	*32*	*7*	*22*
SDF	*0*	*0*	*0*
Hébergé en institution	*5*	*17*	*9*
Non renseigné	*17*	*19*	*23*
Total	*206*	*150*	*168*

Jusqu'à présent nous ne renseignions pas l'item « stable monoparental ».Toutes les situations dans ce cas sont comptabilisées dans l'item « stable famille ». Nous avons pris ce parti, considérant que le lieu d'habitation n'était pas le reflet de la configuration familiale. Le parent qui n'a pas la résidence permanente de son enfant n'est pas forcement absent de sa vie et de son éducation.

F. Situation professionnelle

	2007	***2008***	***2009***
Elèves/Etudiants	*80*	*49*	*57*
Apprentissage	*32*	*17*	*14*
Activité rémunérée	*52*	*43*	*35*
Inactifs/Sans emploi	*30*	*19*	*39*
Autres	*0*	*12*	*0*
Non renseigné	*12*	*10*	*23*
Total	*206*	*150*	*168*

Nous observons une nette augmentation (105%) de personnes en recherche d emploi.
Bon nombre de jeunes majeurs que nous recevons, travaillent en intérim, dans des postes qui ne demandent pas de qualification. La fermeture d'entreprises et le licenciement des intérimaires dans d'autres, apporte un éclairage à cette réalité qui malheureusement à des effets dévastateurs sur des personnalités fragiles.

G. Origine de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Venus d'eux-mêmes	*12*	*14*	*13*
Famille/ami	*15*	*17*	*19*
Services justice	*116*	*79*	*97*
Education Nationale	*36*	*17*	*15*
Services sanitaires	*5*	*6*	*5*
- dont médecin généraliste	*5*	*6*	*5*
- dont services hospitaliers	*0*	*0*	*0*
Services sociaux	*16*	*11*	*14*
Associations	*0*	*0*	*0*
Services téléphoniques	*1*	*0*	*0*
Autres	*5*	*3*	*4*
Non renseigné	*0*	*3*	*1*
Total	*206*	*150*	*168*

Comme les années précédentes plus de la moitié des jeunes reçus en entretien individuel sont orientés par les services de justice. Les orientations par un membre de la famille restent stables et nous ne notons pas d'augmentation des autres sources d'indication.

H. Les réorientations préconisées par l'équipe

	2007	*2008*	*2009*
Vers un CSST	*nr*	*0*	*1*
Vers le CCAA	*1*	*2*	*0*
Vers le médecin généraliste	*nr*	*0*	*0*
Vers l'hôpital général	*nr*	*1*	*0*
Vers le CMPP/CMP	*nr*	*0*	*0*
Vers l'Unité d'Accueil d'Urgence (UAU Psychiatrie)	*nr*	*0*	*0*
Vers un service social	*nr*	*0*	*0*
Autres	*nr*	*7*	*11*
Sans orientation	*nr*	*253*	*278*
Non renseigné	*388*	*0*	*0*

Les sollicitations de soutien en entretien individuel, pour la majorité, interviennent lors d'un moment de crise. Nous aidons à passer ce moment difficile pour l'adolescent et pour sa famille ainsi que pour les jeunes accueillis dans des maisons d'enfants ou des foyers. Nous représentons un espace de « respiration »…. La crise apaisée, les jeunes repartent…
Ce type de situation explique partiellement le peu d'orientation que nous conseillons vers d'autres structures d'accompagnement. Nous nous appuyons sur les services de soins spécialisés, lorsqu'une prise en charge médicale s'impose afin d'aider la personne à soigner une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives.
C'est auprès du public dit « inactif » que nous préconisons le plus d'orientation, notamment pour les aider à trouver une activité professionnelle ou de formation. Nous organisons également des recherches avec eux Cette année nous avons reçu 39 personnes dans cette situation. Pour 11 d'entre elles, nous les avons orientées vers la Mission Locale, le blog 46 ou le Pôle Emploi.

I. La situation judiciaire

	2007	*2008*	*2009*
Nombre de personnes suivies sous main de justice	*279*	*177*	*207*
- dont obligation de soin	*60*	*54*	*67*
- dont injonction thérapeutique	*4*	*1*	*2*
- dont travail d'intérêt général	*0*	*0*	*0*
- dont réparation pénale	*6*	*2*	*2*
- dont « rappel à la loi »	*209*	*117*	*75*
- dont « stage de sensibilisation »	*0*	*3*	*61*
- dont autres (précisez)	*0*	*0*	*0*

Nous enregistrons un taux de croissance 17% qui se décline ainsi :
- *Les obligations de soins ont progressé de 24%.*
- *Les réparations pénales sont stables.*
- *Les « Rappel à la loi » ont baissé de 36%. Cette diminution s'explique par la mise en place des « Stages de sensibilisation à l'usage des dangers des produits stupéfiants ».*

A elles seules, les alternatives aux poursuites judiciaires représentent 69% des orientations effectuées par la justice.

Nous notons une stabilité quant l'accueil des adolescents (9 jeunes) orientés par les services de justice :

- *Gendarmerie/TGI : 5*
- *Réparations pénales : 2*
- *Protection Judiciaire de la Jeunesse : 2 (obligation de soins)*

Tous sont âgés de 16 à17 ans.

J. Les jeunes usagers de cannabis

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de jeunes adressés pour usage de cannabis	*307*	*182*	*232*
- dont reçus en entretien individuel	*144*	*88*	*121*
- dont reçus en groupe	*163*	*94*	*111*
Nombre de parents concernés par un usage de leur enfant	*59*	*57*	*45*

Nous observons une augmentation de 27.5% de la venue des usagers de cannabis.
En entretien individuel, nous en avons reçu 37,5% de plus qu'en 2008 et 18% de plus en groupe.

Type d'usage

	2007	***2008***	***2009***
Expérimentation	*1*	*0*	*0*
Occasionnel	*24*	*17*	*21*
Festif	*12*	*13*	*23*
Régulier	*42*	*17*	*21*
Dépendance	*31*	*41*	*56*
Non renseigné	*34*	*0*	*0*

Dans ce tableau nous rendons compte du rapport au cannabis qu'entretiennent des personnes reçues en rencontre individuelle.
56% des jeunes souffrent d'une dépendance au cannabis, 17% fument régulièrement et 19% en font usage lors de rencontres festives.

III. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMENTAIRES DE LA FILE ACTIVE PARENTS RECUE EN ENTRETIEN

A. Origine de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Venus d'eux-mêmes	*50*	*58*	*51*
Via la communauté éducative	*23*	*6*	*4*
Via les services justice	*28*	*20*	*11*
Via les travailleurs sociaux	*7*	*3*	*4*
Via leur médecin généraliste	*3*	*8*	*4*
Via les services hospitaliers	*0*	*0*	*0*
Sollicités par leur propre enfant	*1*	*3*	*2*
Autres	*3*	*5*	*1*
Non renseigné	*2*	*4*	*2*
Total	*117*	*107*	*79*

De manière constante depuis 3 années, les parents se rapprochent du service à leur initiative.
Pour la deuxième année, des parents que nous avons accompagnés ont fait, dans leur cercle

relationnel, publicité de nos prestations. Par ce biais 3 couples parentaux ont sollicités notre soutien.
Via les services judiciaires, les parents accompagnent leurs enfants mineurs orientés pour un rappel à la loi. Ils sont reçus aussi en entretien individuel, pour recueillir leurs observations sur le comportement de leur adolescent. Ces observations sont précieuses pour l'intervenant. Elles permettent d'évaluer avec plus de justesse, dans quel degré de prise de risques se situe l'adolescent. Pendant cet entretien c'est aussi le moment pour les parents de s'informer sur les effets du cannabis et leurs conséquences.
La communauté éducative, a orienté15 jeunes, 10 ont suivis le conseil et ont honorés les rendez-vous. Par ce biais 2 parents ont accompagnés leurs adolescents, et nous en avons-nous-mêmes sollicité les deux autres.

B. Nature de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Conseils	*24*	*18*	*17*
Informations	*32*	*42*	*45*
Soutien	*49*	*34*	*13*
Autres	*10*	*10*	*3*
Non renseigné	*2*	*3*	*1*
Total	*117*	*107*	*79*

Comme nous le remarquons dans le tableau ci dessus, l'intention première des parents, en prenant contact avec notre service est, l'information. Cette demande représente 57% des démarches. En effet, souvent leurs interrogations sont en lien avec les produits consommés par leurs enfants : aspects, effets…. Une fois renseignés, les craintes apaisées, vient le temps du soutien qui vise à les aider à comprendre l'adolescence et à essayer de trouver ensemble des solutions permettant à leurs enfants de sentir mieux.

C. Liens de parenté

	2007	***2008***	***2009***
Mères	*79*	*68*	*51*
Pères	*28*	*24*	*13*
Beaux-parents	*6*	*2*	*3*
Frères/Soeurs	*1*	*5*	*2*
Grands-parents	*2*	*3*	*3*
Conjoints	*0*	*3*	*5*
Oncles/Tantes	*1*	*2*	*1*
Autres	*0*	*0*	*1*
Total	*117*	*107*	*79*

Nous notons cette année une baisse de 26% de la venue des parents notamment, celle des pères qui s'élève à 46%. Par contre, nous observons une augmentation progressive (depuis 2 ans) de l'accueil des conjoints et plus spécifiquement des conjointes. Elles s'interrogent sur le produit consommé par leur partenaire (effets, aspects…) mais surtout, elles ont besoin d'exprimer et d'échanger sur le changement de comportement de leurs amis/compagnons, lorsque ces derniers sont dans une démarche d'abstinence.

D. Origine géographique

	2007	*2008*	*2009*
Originaires de la région	*72*	*59*	*46*
- dont originaires du département	*69*	*57*	*46*
- dont originaires de la ville d'implantation du service	*39*	*30*	*11*
- dont originaires de la Communauté de Communes de la ville d'implantation	*nr*	*nr*	*12*
Hors région	*0*	*3*	*0*
Non renseigné	*52*	*48*	*37*
Total	*124*	*110*	*83*

La majorité des parents accueillis au service pour lesquels nous avons l'information est originaire du département.

IV. PRISE EN CHARGE GROUPALE DES USAGERS DE CANNABIS

	2007	*2008*	*2009*
*Nombre de groupes « rappel à loi » **	*20*	*14*	*7*
-dont nombre de jeunes adressés	*163*	*96*	*50*
-dont nombre de jeunes reçus	*134*	*86*	*42*
*Nombre de » stages de sensibilisation »***	*0*	*1*	*7*
- dont nombre de jeunes adressés	*0*	*4*	*61*
- dont nombre de jeunes reçus	*0*	*3*	*58*
Total des jeunes adressés	*163*	*100*	*111*
Nombre de groupes autres	*0*	*0*	*0*
- dont nombre de jeunes reçus	*0*	*0*	*0*
Total des jeunes reçus	*134*	*89*	*100*
Nombre de groupes parents	*nr*	*nr*	*1*
- dont nombre de parents participants	*nr*	*nr*	*0*

** orientation des tribunaux de Grande Instance dans le cadre des alternatives aux poursuites pour usage de stupéfiants majoritairement, le cannabis.*
*** Orientations des Procureurs vers un stage de « sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants » dans le cadre des alternatives aux poursuites pour consommation majoritairement, de cannabis.*

A. Groupes « Rappel à la loi »

Nous avons organisé 7 groupes « Rappel à la loi » qui ont comptabilisé 50 participants, soit 17% des personnes reçues au Fusain Ailé. Nous notons un meilleur pourcentage de participation 84% en 2009 contre 79% l'année précédente.

La baisse des orientations des services de justice vers cette alternative aux poursuites judiciaires s'explique par la mise en place depuis l'année dernière des « Stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants »

57% des jeunes participants ont entre 19 et 25 ans, pourcentage stable par rapport à l'année précédente.

Nous observons toutefois une augmentation concernant les 18 ans qui représentent 17% (contre 3% en 2008) et chez les plus de 26 ans de 14% (contre 10% l'année précédente).
Nous constatons une augmentation des élèves et étudiants (14%) ainsi qu'une augmentation des demandeurs d'emploi (26%) ce qui se traduit par une baisse des personnes en activité professionnelle (38%).
45% des stagiaires sont originaires de Beauvais et de son agglomération et 43% du département.
Les jeunes femmes restent minoritaires puisqu'elles ne représentent que 5% de la file active (soit 2).

Depuis la mise en place de ces groupes, en 2005, l'équipe du Fusain Ailé s'est interrogée sur le contenu ainsi que sur la meilleure manière de les animer. En effet, dans un premier temps nous avons mené la dynamique du groupe en co-animation, la psychologue et l'éducatrice. Les échanges étaient essentiellement basés sur les effets du produit. Après différentes sessions, il est apparu que les personnes reçues n'étaient pas « ignorantes » des dangers et des risques liés à la consommation de cannabis. L'équipe a donc poursuivi en évoquant le danger du cannabis (ce qui lui permettait de faire le point sur les connaissances de chacun) mais a également mis l'accent sur le fait d'amener les jeunes à « conscientiser » leur consommation ainsi qu'à se responsabiliser face à cette dernière.
Lors de ces groupes, l'équipe repérait systématiquement un ou deux jeunes en difficulté mais le contexte ne permettait pas de les aborder pour approfondir leurs soucis c'est pourquoi, des entretiens individuels étaient (et sont toujours) proposés. Jusqu'à présent aucun participant n'a donné suite à notre proposition…
L'équipe s'est de nouveau interrogée sur sa technique d'animation. Cette dernière a donné lieu à la mise en place de deux temps :
- *un temps d'échange et information sur le cannabis animé par l'éducatrice,*
- *un temps intitulé « Rêve et réalité » animé par le psychologue.*

La principale difficulté à laquelle l'équipe est toujours confrontée reste la dynamique de groupe. Pour ces jeunes, contraints par la justice de se rapprocher de nos services, ils sont sur la défensive et ne souhaitent pas prendre la parole. L'équipe a donc décidé de consacrer le début des groupes sur la raison de l'orientation dans notre structure ainsi que sur leur ressenti à l'égard de cette mesure judiciaire. Ce temps où ils s'expriment librement leur permet de dire ce qu'ils en pensent, de libérer parfois de la colère ; ce qui permet par la suite un échange plus fructueux.

Cette évolution de l'animation des groupes montre combien il est difficile de trouver « la bonne technique », par contre l'expérience a permis à l'équipe d'aborder un peu plus sereinement la mise en place « des stages de sensibilisations aux dangers de l'usage des produits stupéfiants »

B. Stage de sensibilisation à l'usage de produits stupéfiants

Comme nous l'indiquions lors de notre précédent rapport d'activité, le Procureur du Tribunal de Grande Instance de Beauvais, a confié à l'association Sato-Picardie, l'organisation et la coordination des « stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ». Ces stages sont des mesures alternatives aux poursuites judiciaires prévues, dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. Ils peuvent s'adresser à un public majeur ou mineur.

Déroulement des Stages

1. Inscription

L'inscription est réalisée par l'un des membres de l'équipe, soit au tribunal soit au Fusain Ailé selon les situations (majeurs ou mineurs). Ce temps permet d'évaluer le profil du groupe et facilite le contact entre le stagiaire et le Fusain Ailé.

2. Module « accueil des stagiaires »

Ce temps a pour objectif de créer une dynamique et d'assurer une cohérence de groupe. C'est l'occasion pour l'équipe et les participants de faire connaissance, de comprendre et d'expliquer les évènements qui les ont amenés à faire l'objet d'une mesure d'alternative aux poursuites judiciaires. L'équipe s'appuie sur ce module pour amener les participants à échanger, à s'interroger sur les « produits stupéfiant » lors d'un brainstorming qui servira de fil conducteur tout au long du stage. Les animateurs terminent ce module en proposant aux stagiaires d'auto-évaluer leur consommation à l'aide du questionnaire CAST (Cannabis abuse screening test).
Les animateurs du stage ont choisis, d'une part de consacrer une demi-journée entière à la construction d'une dynamique de groupe, propice aux échanges et d'autre part d'identifier les problématiques et les questionnements qui seront repris et développés tout au long du stage.

3. Module judiciaire

Ce module est animé par un Délégué du Procureur (majeurs) ou par un éducateur du service de la Protection Judiciaire de la Jeunes (mineurs). Ces interventions ont pour objectif de rappeler non seulement les devoirs de chaque citoyen mais également les droits.
Concernant les majeurs, le Délégués du Procureur met l'accent sur la loi en matière de produits stupéfiants, les différents chefs d'accusation.
Pour les mineurs, les animateurs utilisent l'expo 10/18 « Question de justice ». Un temps est consacré à l'explication des différentes catégorise d'infractions, et du fonctionnement des différents tribunaux. Le second temps concerne des mises en situations en lien avec la consommation de produits stupéfiants. Nous échangeons ensuite selon le cas de figure, sur ce que risque judiciairement la personne concernée.
Pour 2010 l'équipe du Fusain Ailé et les animateurs de la PJJ intégrerons des questions concernant l'alcool.

4. Module Médical

Ce dernier est animé, soit par un médecin de l'équipe de liaisons et de soins en addictologie de l'hôpital de Beauvais (majeurs) et pour les mineurs par un médecin pédopsychiatre du CHI. Cette intervention est centrée sur les effets dommageables du cannabis et de l'alcool ainsi que sur le fonctionnement de la dépendance.

5. Module Sociétal

Ce temps est animé par l'équipe du Fusain Ailé. Concernant les stagiaires majeurs, nous questionnons la place du cannabis dans la vie de chacun, les raisons pour

lesquelles une personne peut être amenée à consommer, ou au contraire à arrêter et vers qui l'on peut se tourner lorsque s'arrêter seul est trop compliqué.
Concernant les stagiaires mineurs, les animateurs utilisent comme outil pédagogique le jeu « Tadikwa » qui porte sur les comportements à risques chez les jeunes. Il permet de susciter des échanges autour des thèmes tels que l'alcool, le cannabis, la sexualité.

A l'issue des stages un tour de table est effectué afin que chaque participant puisse s'exprimer librement sur son ressenti et sur le stage. L'équipe du observe souvent une évolution de la réflexion des participants sur leur rapport avec le produit.
Pour les stages s'adressant aux mineurs l'équipe propose aux parents des adolescents à participer à un groupe d'échange. Nous pensons aborder le sens de la mesure judiciaire et surtout leur apporter les informations dont ils ont besoin sur le cannabis. Au premier stage aucun parent n'a souhaité venir…

Cette année l'équipe du Fusain Ailé a réalisé sept stages :

- *6 stages majeurs qui ont regroupé 55 participants. Parmi eux, 79% ont participé à l'intégralité du stage, 11 % ne sont pas venus (6 personnes) et 6 autres n'y ont participé que partiellement. La tranche d'âge la plus représentative est la 18-20 ce qui correspond à 39% de la file active. Contrairement au « Groupe rappel à la loi », les stagiaires ont pour 54% d'entre eux, une activité professionnelle. 26% sont sans emploi.*
  57% des stagiaires résident dans le département.
  Les femmes sont minoritaires (13%).

- *1 stage mineur composé de 6 adolescents âgés pour la majorité de 17 ans. Deux stagiaires étaient mineurs au moment de l'infraction et majeurs lors de leur stage. Ils sont 5 à être scolarisé ou en formation et 4 à vivre chez leurs parents.*

V. LES ACTIONS DE PREVENTION

Dates	***Type de partenaire***	***Intitulé de l'action***	***Nombre de participants***
Mai /Juin	*Education Nationale*	*« S'amuser sans se mettre en danger »* *« Mon avenir, rêve et réalité »*	*150*
Janvier	*Conseil général : CDEF*	*« Sexualité et comportement à risques »*	*8*
Septembre	*Associations : Centre Permanent d'Accueil et d'Insertion :*	*« Les produits stupéfiants »*	*12*
Juin	*Association : la Caisse A Outils*	*« Echange autour des produits stupéfiants*	*15*
Janvier à juin	*Collège du Thelle à Méru*	*Rencontre mensuelle avec une classe d'insertion : « savoir écouter savoir s'exprimer »*	*16*
Janvier à juin	*Collège du Thelle*	*Espace santé*	*1*
Janvier/:février /juin	*Collège du thelle*	*Rencontres avec la Principale infirmière et AS scolaire pour organiser l'espace santé et faire le bilan de cette action.*	*4*

A. La communauté éducative

a) Le collège de Froissy

Cet établissement a pour la sixième année consécutive sollicité l'équipe du Fusain Ailé pour intervenir auprès des classes de quatrième et de troisième.

Classes de quatrième

Concernant les classes de quatrième, nous avons décidé (les professeurs de français, la Conseillère Principale d'Education et l'infirmière scolaire) de proposer de nouveau le travail de rédaction sur le thème « Qu'est ce qu'une fête particulièrement réussie ? ».
L'objectif de cette action est de faire réfléchir les élèves sur « Comment s'amuser sans se mettre en danger ?».
Comme pour les années précédentes, les élèves ont travaillé en cours de français sur le champ lexical de la fête et ont rédigé une dissertation sur ce thème.
Dans l'introduction, ils devaient situer la fête (lieu, date, circonstance de la fête), dans le développement, raconter le déroulement de celle-ci (réelle ou imaginaire) et en conclusion, il nous a semblé opportun de leur demander s'ils (ou un des participants) s'étaient mis en danger au cours de cette fête et si tel était le cas, pourquoi ?
Lors de notre intervention, nous avons divisé le groupe en deux sous-groupes. Nous leur avons proposé une liste composée d'une vingtaine de mots, tous issus de leur travail. Pour le premier groupe la consigne était de retenir cinq mots imageant une fête réussie pour le second groupe cinq autres mots, qui cette fois, seraient susceptibles d'imager la mise en danger. A la suite de quoi, nous avons répertorié sur le tableau les mots choisis par les élèves en distinguant bien ceux qui leur permettent de faire la fête et ceux qui peuvent les mettre en danger.
Cette manière de faire, leur a permis de constater que certaines substances telle que l'alcool par exemple pouvait se situer à la fois du coté de la fête et à la fois du coté du danger. Cela nous a permis d'initier un échange intéressant et constructif sur les représentations « positives » et « négatives » d'un même produit.
Cette simple question « Qu'est ce qu'une fête particulièrement réussie ? », nous permet par ailleurs d'aborder d'autres thèmes tels que la sexualité, les produits, les relations avec les parents et d 'évoquer les gestes de premier secours en cas de coma éthylique.
Cette action de prévention a été précédée d'une intervention du théâtre forum « Olympio » sur le thème de l'alcool et du cannabis.

Contrairement aux années précédentes, les rédactions de cette année étaient très enfantines, la question de l'alcool, du cannabis n'était pas ou peu évoquée. Ce constat s'est par ailleurs traduit par un manque d'échanges, de questions, d'interrogations lors de notre intervention. Cela nous amène (équipe du Fusain Ailé et l'équipe pédagogique du collège) à réfléchir à une autre forme d'intervention correspondant mieux aux préoccupations de ces adolescents.

Classes de troisième

L'intervention de l'année passée au sein des classes de troisième avait été l'occasion pour celles-ci d'évoquer leurs préoccupations concernant leur avenir. Il a donc été décidé au cours des réunions préparatoires, en présence des professeurs de français, de la Conseillère Principale d'Education et de l'infirmière scolaire d'orienter notre intervention sur le thème

de leur futur et de les convier à un exercice d'imagination en leur proposant de se projeter dans l'avenir. Comme pour les classes de quatrième, les professeurs de français ont pu intégrer à leur enseignement un travail de réflexion en préparation à l'intervention conjointe de la conseillère principale d'éducation et du psychologue du Fusain Ailé.

Ce travail préparatoire consiste en l'étude d'un texte extrait du roman de Steinbeck « Des souris et des hommes » où les protagonistes rêvent à leur vie prochaine puis en un travail de rédaction libre induit par la phrase « Je n'ai que x ans mais je sais déjà ce que l'avenir me réserve… ».
La lecture de ces rédactions a permis de relever les thèmes principaux qui guideront notre intervention. Ces écrits exprimaient peu l'anxiété remarquée l'année dernière mais nous pouvions aborder la tension entre rêverie et réalité. En effet nous avons remarqué des différences notables entre les rédactions voire au sein de la même rédaction entre des récits très concrets et d'autres plus imaginaires. Enfin les récits sur l'avenir comprenaient souvent le thème de la compagne ou du compagnon rêvé, cela nous permit d'introduire la question des relations entre filles et garçons et induit l'organisation des interventions.

Ces dernières se sont déroulées de la façon suivante : les classes étaient dans un premier temps reçues en demi-groupe : les filles puis les garçons. Les élèves étaient alors invités à s'exprimer sur la manière dont ils imaginent leur avenir tant proche (le passage prochain au lycée) que lointain (la vie adulte) et à confronter leurs représentations.
Enfin une mise en commun des réflexions était réalisée en classe entière, chaque groupe était invité à deviner ce que l'autre a imaginé ce qui permit de travailler sur les clichés masculins et féminins et leurs attentes supposées de chacun.

Les interventions furent assez différentes selon les quatre classes et au sein d'une même classe selon les groupes, les élèves se saisissant plus ou moins activement des thèmes proposés. La variété des thèmes possibles concernant l'avenir a permis aux intervenants de tenter de s'adapter aux préoccupations des élèves. Nous remarquons cependant dans les rédactions comme dans les échanges que, contrairement à l'année précédente, l'avenir notamment professionnel ne semble pas une préoccupation importante (au moment de notre intervention, les élèves ont déjà choisi leur orientation). Le thème des relations entre filles et garçons rencontre par contre un intérêt des élèves. Lors du bilan avec les professionnels de l'établissement ce constat a été partagé, et nous pensons organiser nos interventions prochaines sur ce thème.

Ces interventions sont précédées d'une rencontre avec les « porteurs » du projet, les professeurs de français et l'équipe du Fusain Ailé et un bilan est effectué à la fin.

Concernant les interventions pour l'année 2010, nous réfléchissons à intervenir sous une autre forme.

b) collège du Thelle à Méru

Classe de troisième d'insertion

Ce travail débuté au mois d'octobre 2008, s'est prolongé durant le premier semestre 2009, à raison d'une intervention par mois en moyenne (le planning de présence de ces élèves au sein

de l'établissement étant un cadre particulier). Durant ces interventions nous avons pu travailler autour de la prise de parole : la représentation de soi, respect de la parole de l'autre, savoir expliquer et justifier ses opinions, savoir faire passer un message, savoir écouter et entendre l'opinion de l'autre, Travail très utile et difficile avec cette classe ou la confrontation systématique est le mode de fonctionnement premier.
Au delà de cet objectif disciplinaire, le but rechercher de notre action était de leur redonner confiance en eux, en sachant assumer leur travail, ce qu'ils sont, et avoir une meilleure estime d'eux-mêmes.
Globalement, le climat s'est apaisé au fur et à mesure des interventions. La majorité des élèves prenant plus facilement la parole et, pour certains, osant se confronter aux autres en argumentant leurs dires.
Nous pouvons donc être, dans l'ensemble, satisfaits de ce travail. Même s'il ne résout pas les problèmes de vie de cette classe, il aura au moins eu le mérite de permettre à une majorité de ces élèves de pouvoir s'exprimer et être entendus à leur juste valeur.

Espace santé

Ce temps proposé en début d 'année devait offrir la possibilité aux élèves du collège d'investir un lieu où aborder toutes les questions qu'ils se posent sur la santé, auprès d'une personne extérieure à l'établissement scolaire et à partir de ces rencontres, d'offrir également un espace individuel lorsque les situations l'exigeaient.
L'ouverture du lieu était de deux heures tous les quinze jours, sur le temps du midi afin de pouvoir rencontrer les élèves de tous les niveaux.
Nous avons lancé l'expérience, et très vite nous sommes aperçus que les élèves ne s'intéressaient pas à cet espace. En concertation avec la principale du collège et de l'assistante sociale nous avons recherché le mode le plus adéquat pour faire connaître l'existence de cet espace. Mais chaque fois qu'ensemble nous avancions une formule et en particulier nous nous appuyions sur d'autres professionnels investis auprès des élèves ; CPE, ou l'animateur de la radio interne, ces professionnels quittaient l'établissement ou étaient absents pour une longue période. Au final l'espace n'a pas été investi par les élèves…
Il n'en reste pas moins qu'une action de ce type semble intéresser les professionnels de l'établissement. La forme d'intervention, le moment choisi, l'information faite aux élèves et une plus grande implication de leur part, tant à la vie du projet qu'a sa construction, sont des perspectives sur lesquelles il faudrait, retravailler d'avantage. De même, et cela est vrai pour tous les projets, le porteur ne peut pas être une personne extérieure à l'établissement. Nous pouvons proposer, soutenir, intervenir mais difficilement faire à la place.

B. Le Conseil Général

Le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille

Comme nous l'évoquions lors de notre précédent rapport d'activité, l'équipe de cette institution nous avait sollicités en 2008 afin d'échanger sur le thème « la sexualité et les comportements à risques » avec les jeunes filles résidantes dans cette structure. Cette action s'est déroulée en début d'année 2009. La présence d'une adolescente enceinte a favorisé les échanges autour de la contraception. Nous avons informé les participantes de l'existence de structures spécifiques et de personnes ressources. Cette intervention s'est déroulée à la demande des adolescentes qui avaient entendu parler de la possibilité d'organiser une rencontre de ce type par les « anciennes ».

C. Associations

a) Centre Permanent d'Accueil et d'Insertion

En juillet nous avons rencontré la directrice afin de finaliser le projet « santé » mis en place par cette structure, pour un public majeur, bénéficiaire du RSA. Ces personnes posent au personnel encadrant des questions sur les stupéfiants et leurs effets sur la santé. Nous avons convenu d'être présents dans un espace de rencontre où tout un chacun pourra venir discuter avec l'intervenant du Fusain, lors de leur journée santé prévue en septembre.
L'intervention s'est déroulée à l'appui d'un questionnaire « t'en dis quoi ? » rédigé par nos soins et ce support a facilité les échanges entre les usagers du CPAI et l'intervenant. Ceux-ci se sont centrés sur la question de l'usage de produits psychoactifs, les plus jeunes attendaient une information pour eux mêmes et les plus âgés, des parents ont également évoqué les consommations de leurs enfants et les attitudes éducatives qu'ils adoptent. Enfin nous avons pu présenter les différentes structures du SATO à Beauvais et leurs missions. Une douzaine de personnes ont pu participer aux échanges.

b) Caisse A Outils

Suite à une rencontre avec la directrice et l'animatrice qui nous demandaient d'animer un groupe d'échanges en direction des parents du quartier Notre dame du Thil, nous avons organisé une rencontre d'information et de discussion. Ces parents sont soucieux de l'avenir de leurs enfants. Ils se posent les questions légitimes sur comment aider leurs enfants à éviter la rencontre avec les produits stupéfiants. Cette action a réuni une quinzaine de personnes, notamment des mères.

c) Orphelins Apprentis d'Auteuil

Nous avons rencontré le chef de service éducatif de la structure afin de réfléchir à un projet de prévention en direction des jeunes résidants.
Avant d'intervenir auprès de ceux-ci, nous avons proposé de rencontrer l'équipe éducative pour leur apporter les connaissances nécessaires sur le sujet de « l'usage de cannabis ». L'objectif visé était de les aider à nuancer les différents usages et donc de développer des attitudes éducatives adaptées.
A ce jour l'établissement n'a pas donné de suite à notre proposition de travail.

d) Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

Nous avons été sollicités par l'éducatrice chargée du pôle santé de cette structure afin de réfléchir ensemble à la mise en place d'un projet de prévention prenant en compte les différentes substances psychoactives et leur retentissement possible sur la santé. L'éducatrice cherchait un /ou des appuis pour élaborer un projet conséquent et durable.
Cette rencontre a conduit à une orientation vers le Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis.

D. Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis

Nous avons été sollicités par le groupe d'aide au montage de projets de prévention du réseau pour participer à la réflexion et à la construction d'actions initiées par :

- *Le service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé*
- *Le lycée d'Enseignement Professionnel et Technologique St Vincent de Paul.*
- *Association Rosalie.*
- *Association Au devant de la Scène.*

a) *<u>Association « Rosalie</u>* »

Conviés par le Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis, nous avons rencontré la Présidente de l'Association Rosalie. Celle-ci est au contact de jeunes du quartier Argentine et souhaite mener une réflexion concernant les 15-18 ans. Cette réflexion a trouvé un écho au sein du groupe des jeunes qui, invités à s'exprimer sur ce thème ont évoqué leurs attitudes pour prendre soin des plus jeunes et la question de leur sécurité dans le quartier.
Ces réunions ont réuni la Présidente de l'association Rosalie, le chef de service et psychologue du Fusain Ailé, une animatrice de l'association l'Ecume du Jour, l'animatrice du Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis et du chargé de mission au service prévention de la ville de Beauvais.

L'association Rosalie, en est resté pour le moment à l'ébauche de la construction du projet L'animatrice avec laquelle nous devions élaborer plus avant le projet a quitté l'association.

b) *<u>Association « Au devant de la scène »</u>*

A l'invitation du Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis, nous avons rencontré à deux reprises les membres de l'association Au devant de la Scène. Cette association du quartier Saint Jean avait pour projet de réaliser un court-métrage sur le sujet des usages de drogues avec la participation active des jeunes qu'elle rencontre. Ce court métrage devait devenir un support de prévention diffusable dans différents lieux de rencontre avec les jeunes.
Nous avons rencontré l'équipe de l'association ainsi que la chargée de mission politique de la ville pour le quartier Saint Jean, et l'adjoint pédagogique au service jeunesse de la ville de Beauvais afin d'évoquer ce projet et d'en définir la méthode. Il fut alors organisé une rencontre entre l'animateur de l'association, les jeunes et le psychologue du Fusain Ailé afin de commencer à aborder le thème des usages de drogues. Cette rencontre n'a pu avoir lieu pour des raisons internes à l'association Au devant de la scène. Le projet de court métrage est aujourd'hui en suspens.

Réseau prévention toxicomanie du Beauvaisis

L'esprit et la lettre 2

Elisabeth Kalbfleisch
Octobre 2009
Bilan du 1° janvier au 14 octobre 2009

L'esprit

A l'heure de présenter le bilan de la seconde année de fonctionnement du Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis ~ 1° janvier - 14 octobre 2009 ~ nous prenons toute la mesure de l'importance du travail, mené en 2008, par les institutions qui ont participé à sa conception.

En élaborant la dialectique de deux groupes de travail – un groupe d'appui aux professionnels et un groupe d'aide au montage de projets de prévention – mais groupes dotés d'une coordination, d'une charte et d'un cadre de fonctionnement communs, les « pionniers » du réseau lui ont conféré son architecture spécifique.

En effet, la thématique de la prévention a pu commencer à être pensée et parlée selon la créativité propre à chacun des groupes (et nous en avons rendu compte dans le bilan de 2008). Mais leur coordination, leur charte et leur cadre de fonctionnement, communs, alimentent une dynamique d'ensemble, mettant les groupes en interaction constante.

La transversalité, objet majeur d'une pratique de réseau, s'apprend et se vit en premier lieu à ce niveau là. Elle peut ensuite se déployer, lorsque de nouveaux partenaires font appel au réseau.

Actuellement, au sein du Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis, à l'échelle d'un territoire donné, la ville de Beauvais, ont commencé à se rencontrer des professionnels et des bénévoles, issus de structures municipales, départementales, de services publics d'Etat, d'associations du secteur sanitaire et social, d'associations d'action éducative, citoyenne et sociale, et même d'une société d'économie mixte.

Tous y expriment le besoin d'un espace et d'un temps qui donnent la possibilité de réfléchir à des actions de prévention adaptées aux adolescents et jeunes adultes.

Du temps, justement, il en a fallu un peu, pour que l'existence du réseau prenne corps. Sa construction a été, demeure, une action en soi. Elle est ce qui permet les actions que nous décrivons dans le chapitre suivant.

Alors, à quoi sert un réseau ?

A quoi sert le Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis ?

De ma place de coordinatrice, je voudrais souligner que nos ressemblances et surtout nos différences font la valeur d'un réseau vivant. En témoignent aussi les paroles des professionnels qui ont participé au réseau cette année, auxquels je veux laisser le dernier mot :

« On a chacun beaucoup de partenaires mais des partenaires ce n'est pas un réseau. »

« On a mis les pieds dans des endroits où l'on ne se déplace pas spontanément et naturellement. On peut faire avec le réseau ce que l'on ne pourrait pas faire seul. Compte tenu du turn-over important à Beauvais, en tant que professionnel nouveau dans le secteur, le réseau est quelque chose qui facilite le contact. »

« Nous sommes devenus un groupe de personnes. Nous avons tout un potentiel autour de valeurs communes. »

« Les échanges à l'intérieur du réseau font leur chemin et on intègre les questionnements des autres. Dans le réseau on a aussi le temps de développer certains aspects des problématiques. »

« En fait, ce qui nous importe, ce que nous cherchons, plutôt que des réponses, c'est soulever des hypothèses. »

« Ce qui est bien, c'est qu'à chaque demande, chaque souhait, correspond un projet unique en adéquation avec la structure et son public, avec les caractéristiques des personnes. Des pistes peuvent être reprises mais c'est en échangeant, en partageant, que se tisse le projet. »

« Il y a une fluidité des relations dans le groupe. On peut prendre le temps de penser les choses par étapes. Il y a un retour très positif sur un cadre, un espace où l'on peut se poser et prendre du recul par rapport à ce que l'on fait. Et ce n'est pas souvent que cela peut se faire. »

« On peut envisager d'autres manières de faire des projets de prévention, de faire quelque chose qui dure. »

« Le travail en partenariat se fait à l'occasion d'une prise en charge particulière, individuelle. Le travail en réseau est un travail libéré de l'enjeu d'un cas particulier ce qui permet de voir les choses de façon plus globale et plus générale. »

« On apprend beaucoup en se parlant. »

La lettre

Le chef de projet du Service Prévention de la ville de Beauvais et la coordinatrice du Réseau Prévention Toxicomanie du Beauvaisis ont présenté ce dernier à huit nouvelles structures, partenaires, et/ou personnes ressources et ont développé des liens déjà engagés avec quatre partenaires.

Le groupe d'appui aux professionnels s'est réuni à neuf reprises.

Le groupe d'aide au montage de projets de prévention s'est réuni à huit reprises. Il a été sollicité pour trois projets. L'un d'entre eux, démarré en juin 2008, a vu la première phase de sa réalisation en 200

Présentation du réseau

- *14 janvier 2009 :l'équipe du Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA.ADOMA).In situ 8 personnes.*

- *28 janvier 2009 : l'Infirmière-Conseillère Technique de l'Inspecteur d'Académie. Responsable départementale des infirmières scolaires. In situ.*

- *13 février 2009 : La présidente de l'Association Rosalie, intervenant auprès d'enfants et d'adolescents du quartier Argentine de la ville de Beauvais. In Fusain Ailé.*

- *19 février 2009 : l'équipe du Service socio-éducatif de contrôle judiciaire de l'Association Départementale d'Accueil et de Réinsertion Sociale (ADARS) In situ 3 personnes.*

- *19 février et 8 avril 2009 : l'éducatrice et le chef de service du Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile – Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SESSAD – SAMSAH). ADAPEI 60 In Fusain Ailé.*

- *26 février 2009 : un responsable de projet et des animateurs de l'association Au Devant de la Scène, quartier Saint-Jean de la ville de Beauvais. Participaient aussi à cette réunion la chargée de mission Politique de la Ville pour le quartier Saint Jean et l'adjoint pédagogique du Service Jeunesse de la ville de Beauvais. In situ 5 personnes.*

- *6 mai 2009 : le médecin du Service Prévention Santé du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Beauvais. In situ.*

- *23 juin 2009 : l'équipe de la Résidence Jeunes, Association Accueil et Promotion (ville de Beauvais). In situ 3 personnes.*

Suite des liens déjà engagés :

- *11 février 2009 : Rencontre de l'un des chargés de projet du Comité Régional d'Education à la Santé (CRES) de l'Oise, in réunion équipe Fusain Ailé.*

- *12 février 2009 : La coordinatrice du Réseau Alcool du Beauvaisis (RESAB).Présentation des bilans 2008 des deux réseaux. In Hôpital de Beauvais.*

- *23 Avril 2009 : invitation par le CADA à la présentation du film « Welcome » aux résidents et aux partenaires.*

- *26 mai 2009 : invitation à la Fête des Voisins organisée par l'équipe et les résidents du CADA pour les autres résidents de leur quartier. A cette occasion l'équipe du CADA évoque la perspective d'une semaine santé en 2010 organisée avec différents partenaires du réseau.*

- *23 juin 2009 : Invitation par l'équipe du SESSAD – SAMSAH à une présentation de leurs structures et de leurs actions à différents acteurs du réseau : ADARS, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA), Ecume du Jour, Fusain Ailé (SATO Picardie), Insertion Formation Education Prévention(IFEP), enseignants du Lycée d'Enseignement Professionnel et Technologique St -Vincent de Paul. In situ 16 personnes.*

Le groupe d'appui

Composé d'une psychothérapeute de l'ANPAA, de deux éducateurs spécialisés de l'IFEP, d'une psychologue de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et de la coordinatrice du

réseau, il est entré en relation avec des équipes auxquelles le réseau avait été préalablement présenté et a ébauché avec elles des pistes de travail.

- *3 février, 5 juin, 25 septembre, 2009 : Foyer d'Action Educative (PJJ) Beauvais : l'équipe et le directeur. In situ.*

- *17 mars 2009 : ADARS de Beauvais : l'équipe du service socio-éducatif de contrôle judiciaire, l'assistante sociale du Fonds Solidarité Logement, la réfèrente sociale pour les gens du voyage, le psychologue d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale .In situ.*

- *14 avril 2009 : Petit déjeuner thématique organisé par la Maison Des Ados de Beauvais, avec l'équipe de la Maison Des Ados, des éducatrices spécialisées et assistantes sociales du Conseil Général de l'Oise. In situ.*

Le groupe d'appui a aussi maintenu un travail régulier en interne :

- *16 janvier, 24 avril, 4 juin 2009 in Fusain Ailé et Ecume du jour.*

Le groupe d'aide au montage de projets de prévention :

Il est composé du chef de projet du Service Prévention de la ville de Beauvais, de la coordinatrice du réseau, du ou des porteurs de projet, et, selon l'orientation des actions, de professionnels ad hoc du réseau. Il s'est réuni plus particulièrement entre janvier et juillet 2009 autour de trois projets :

Projet Lycée d'Enseignement Professionnel et Technologique Saint Vincent de Paul (Beauvais) :

Porté par une chef de travaux, à son origine en 2008, et auquel elle a très vite associé d'autres collègues, il s'est articulé peu à peu autour d'une intervention en deux phases : l'une pour l'année scolaire 2008-2009, sollicitant la communauté éducative, l'autre pour l'année scolaire 2009-2010,destinée aux élèves.

6 janvier 2009 : Préparation. In Fusain Ailé.

20 janvier 2009 : Préparation. In Fusain Ailé.

20 février 2009 : Déroulement de l'action au lycée. Animation, par le groupe d'appui et d'autres partenaires du réseau, de trois ateliers proposés aux membres de la communauté éducative du lycée. Accueil par le chef d'établissement qui a choisi cette date pour faciliter la disponibilité des enseignants et considéré ce temps comme une journée pédagogique.50 personnes y ont participé et 32 ont rendu le soir même, la fiche-bilan élaborée par la chef de travaux

27 février et 24 avril 2009 : Rencontres de la chef de travaux et de la coordinatrice du réseau. In Fusain Ailé

31 mars 2009 : Bilan in Fusain Ailé, puis repas à l'invitation du chef d'établissement, préparé par des élèves et leur professeur au restaurant du lycée.

7 juillet 2009 : Suite pour l'année scolaire 2009-2010 à l'intention des élèves.

2) Projet Association Au Devant De La Scène :

- *17 mars 2009 : Première mise en forme d'un projet de court métrage ou de spots, conçus et réalisés par des jeunes bénévoles de l'association et des jeunes habitants du quartier. In situ*

3) Projet Association ROSALIE :

- *27 mars 2009 : Mise en commun des actions déjà menées par l'association sur le thème des conduites addictives. Recherche de projets actualisés et adaptés aux adolescents rencontrés par l'association.*

- *30 avril 2009 : Suite. In locaux de l'association.*

Perspectives

Il s'agit de poursuivre et tenir les engagements pris. Il s'agit d'assurer la continuité des relations dans les groupes et entre les personnes du réseau pour préserver sa dimension « participative et itinérante » selon la formulation bienvenue d'un stagiaire éducateur spécialisé.
J'ai envisagé de rassembler des questions souvent posées lors des rencontres (par exemple, les effets et conséquences des produits, l'adolescence, le positionnement par rapport à la loi) et d'en faire des objets de recherche sous une forme à déterminer ensemble. Est aussi en instance la proposition d'un groupe de travail sur les groupes de paroles.
Les idées ne manquent pas, les ressources humaines, moins encore. On en trouvera une illustration dans le document joint en annexe, rédigé par la chef de travaux du lycée St Vincent de Paul et que nous reproduisons avec son autorisation.

Projet : Regards portés sur les élèves

***Lieu** : Lycée St Vincent de Paul – 8bld du Général de Gaulle- 60000 Beauvais*

***Le** : Vendredi 20 février 2009 de 13h00 à 16h30*

***Public** : Tous les membres de la Communauté Educative*
Nombre de personnes : 50 personnes

***Intervenants** : Professionnels du réseau d'aide au montage de projets de prévention du Beauvaisis*

***Problématique** :*

Comment 'rester en phase' avec les adolescents du lycée ?

***Objectifs** :*
Se mobiliser pour les élèves, c'est-à-dire :
Privilégier un moment d'échanges entre tous les membres de la communauté éducative encadrant les élèves
Susciter un questionnement sur le regard porté sur les élèves
Partager avec des professionnels de l'écoute des jeunes

***Contenu** :*
le développement de l'adolescent et ses défis, les comportements à risques et ses déterminants
l'écoute active
les relais possibles, les aides extérieures au lycée selon les situations rencontrées : les partenaires, structures, associations.

► *POUR PREPARER LE TEMPS D'ECHANGES*

Veuillez trouver ci-dessous le support qui sera utilisé lors du temps d'échanges.
Nous vous invitons à y réfléchir dès maintenant.

De la part de nos élèves, adolescents	*Ce qui*	*→Vous gêne* *→Vous dérange* *→Vous agresse* *→Vous inquiète*
Chez vos élèves, adolescents	*Ce qui*	*→Vous surprend* *→Vous touche* *→Vous fait plaisir*
	Ce que	*→Vous découvrez* *→Vous aimez*

Déroulement

► *Présentation des intervenants, du réseau d'aide au montage de projets (13h à 13h30) identité, qualification ; pas d'identification de la structure dont le professionnel dépend*

► *Un temps commun de présentation du projet*
présentation par la chef des travaux porteur du projet

• Origine du projet, étapes de l'élaboration (Doc A)
Annexe 1 – doc info du 18.11.08 + complément

• Objectifs, rappel / à la fiche descriptive communiquée
+ Valorisation des actions déjà menées par les membres de la communauté/ projet d'établissement
⇨ déroulement – point de départ ; le vécu au sein même du lycée ; nos expériences, situations vécues

• Suite donnée …
Favoriser l'épanouissement de l'élève (Doc B)
Comment participer à leur épanouissement ?

► Un temps d'échanges, de réflexion par groupes (13h30 à 15h30) pause de 15mn

•<u>Constitution des groupes :</u>

soit 4 groupes animés chacun par un binôme de professionnels

Constitution des groupes et l'organisation des 4 salles, tables disposées en cercle seront réalisés au préalable

• Au sein de chaque groupe
<u>Partir de situations vécues / quels sens donner ? que peut-on en faire ?</u>

Outil : questionnement sur les interpellations suivantes
il sera remis au préalable, réflexion en amont

De la part de nos élèves, adolescents	*<u>Ce qui</u>*	*→Vous gêne* *→Vous dérange* *→Vous agresse* *→Vous inquiète*
Chez vos élèves, adolescents	*<u>Ce qui</u>*	*→Vous surprend* *→Vous touche* *→Vous fait plaisir*
	<u>Ce que</u>	*→Vous découvrez* *→Vous aimez*

► Un temps de mise en commun ; restitution, échanges (15h45 à 16h)

Restitution des échanges par le binôme de professionnels de chaque groupe

<u>A l'issue de cette ½ journée</u>

→ Remise d'un ensemble de documents :
articles de presse, témoignages, projets menés, documents de présentation des partenaires, structures relais

Document B

• *Suite donnée …*

Extrait Journée des Assises du 1er décembre 2001 – L'école de toutes les intelligences –

Les différences entre les enseignants répondent aux différences entre les élèves (-a) :
Donner à chacun l'occasion de développer son pôle d'excellence ;
à la fois des temps d'apprentissage 'intellectuels', d'acquisition de savoirs faire techniques, d'expression des capacités artistiques ou sportives (en fonction du diplôme préparé/ fonction spécifique d'un service d'enseignement)
Mais aussi donner la possibilité de manifester leurs qualités personnelles, exploiter les différences et les richesses des élèves sous l'impulsion des membres de la Communauté éducative rappel - a)

Le lycée St Vincent de Paul est un lieu d'apprentissage, d'éducation aux savoirs liés au diplôme préparé
mais aussi *un lieu permettant de* ***Favoriser l'épanouissement de l'élève***
c'est-à-dire un lieu de vie, une ***Ecole de toutes les réussites***
lieu d'écoute, de partage, d'éducation à la santé, à la responsabilité et à la citoyenneté, à la culture et aux arts

PENSEZ A :

Quoi	***Remarques***
Plaquettes lycée à déposer au Fusain	
Tableau répartition groupes	
Info / réunion du 3.02.09	
Salles à mettre à dispo *tables dispo en cercle*	
Elaboration du doc bilan	
Photocopies docs remis aux membres de la CE	

Réunion plénière Réseau Prévention Toxicomanie
Le 18 novembre 2009

1- Point de départ

Plusieurs Rendez-vous avec Mr Papion service prévention de la ville de Beauvais - des échanges par rapport aux directives académiques sur l'amélioration de la protection sanitaire et sociale des élèves.

→ *orientation vers le groupe d'appui au montage de projets*

2- Implication du réseau dans notre projet

La richesse du réseau, des échanges avec des professionnels de l'écoute des jeunes ont contribué à :

- *la mise en commun du vécu, des expériences, des pratiques de chacun, ce qui a été fait, ce qui fonctionne, la méthodologie en matière de prévention, les écueils ...*
  chacun est une personne ressources.

- *la circulation du savoir mais aussi de l'information au sens large - savoir ce que les uns peuvent apporter aux autres, les appuis dans nos pratiques.*

- *la connaissance de ce qui se passe dans le secteur, sur le terrain - plus large diffusion et meilleur 'ciblage'.*

- *la circulation de l'information auprès de personnes relais lors de la mise en place d'actions afin de permettre la diffusion auprès du public (Écume du jour)*

- *la création de liens entre les différents acteurs du réseau (SAMSAH)*

Nous n'agissons pas seuls mais ensemble, chacun ayant ses limites.

Après plusieurs semaines d'échanges, de questionnement :

- *affiner le projet et déterminer la problématique par rapport à nos attentes – en ayant toujours en de 'point de mire' les élèves qui sont des adolescents avec leurs comportements.*

- *déterminer le contenu et la forme de l'animation du groupe*

→ *Ci-joint la fiche Projet St Vincent de Paul*

Nous avons privilégié un temps de réflexion pour les membres de la communauté éducative, temps fort tourné vers les jeunes, les adolescents du lycée.

Regards portés sur les élèves
Problématique: Comment rester en phase avec les adolescents du lycée ?

Au quotidien, les membres de la Communauté sont en contact des jeunes, pour certains en situations de difficultés (au sens le plus large); ce sont des interlocuteurs, des témoins du mal être de certains jeunes (solitude, stress, manque de sommeil ...)
Il est important de savoir apprécier les situations rencontrées, de savoir passer le relais, de connaître les interlocuteurs compétents auprès desquels le jeune pourra trouver une aide adaptée.

Nous avons voulu privilégier un temps de réflexion pour les membres de la communauté éducative, temps fort tourné vers les jeunes, les adolescents du lycée.

Le lycée St Vincent de Paul est un lieu d'apprentissage, d'éducation aux savoirs liés au diplôme préparé ***mais aussi*** *un lieu permettant de* ***Favoriser l'épanouissement de l'élève***
c'est-à-dire un lieu de vie, une ***Ecole de toutes les réussites;***
lieu d'écoute, de partage, d'éducation à la santé, à la responsabilité et à la citoyenneté, à la culture et aux arts.

Le projet mené est une première étape, d'autres suivront ; des orientations, à partir de constats, qui devront être réfléchies avec le groupe d'aide au montage de projets afin d'affiner la problématique: l'estime de soi, le respect de son environnement ...

La Prévention à la santé passe par le bien-être du jeune; nous savons tous que l'information théorique et directe auprès des jeunes n'est pas la meilleure pédagogie pour aborder la prévention au sens large.

3- Coordination du travail réalisé

*Nécessité d'une '***articulation***' entre les membres du réseau dans le montage de projet et la personne qui sollicite le réseau (« l'architecte du projet »)*
Des temps de réflexion, de questionnement, d'échanges sont indispensables pour définir les orientations du projet.

Il n'y a pas de projet clé en mains mais un projet 'personnalisé'.
Un travail en amont est donc indispensable entre le coordinateur et l'architecte du projet.
Le coordinateur est le lien entre les différents partenaires (professionnels et nous) :
il écoute, formule, questionne, accompagne le travail du groupe - interlocuteur privilégié de l'architecte.

Selon les besoins formulés par l'architecte ou évalués par le coordinateur en fonction de l'avancée du projet, il sollicite un ou des membres du réseau pour apporter leur vécu. Ces rencontrent permettent appréhender différemment les situations rencontrées - que de richesses partagées au cours de ces semaines.

SECTION SOINS AVEC HEBERGEMENT

Structures d'hébergement du SATO Picardie

La Communauté thérapeutique de Flambermont
Les Appartements thérapeutiques relais

INTRODUCTION
Jacques FORZY

Afin de répondre au besoin d'accueil des personnes dépourvues de domicile pour lesquelles l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation, le SATO Picardie s'est mobilisé pour créer une structure "lits halte soins santé" (LHSS).

Il a également décidé d'étendre la capacité d'hébergement de la Communauté Thérapeutique de Flambermont en augmentant sensiblement le nombre de places d'accueil (+10) destiné à des personnes en proie à des problématiques d'addictions, modifiant ainsi son habilitation initiale en passant à une capacité d'accueil de 35 résidants.

En procédant à cette augmentation, le SATO Picardie tend aussi à développer une dynamique communautaire qui soit plus en accord avec celles des réseaux de communautés thérapeutiques pour toxicomanes dont les projets sont en vigueur au sein de l'Europe.

Ce faisant, l'association s'oriente ainsi résolument dans un mode d'accompagnement encore trop peu usité en France et invite ses professionnels à en parfaire la pratique. Elle entend également soutenir les efforts faits pour soulager une précarité toujours plus mortifère pour les personnes qui s'y trouvent plongées.

Par ailleurs, une structure d'appartements thérapeutiques relais répond au besoin d'insertion sociale et professionnelle de personnes qui cherchent à se libérer des contraintes lourdes que représente le fait d'être soumis à des pulsions addictives qui les handicapent. Elles peuvent ainsi s'orienter vers un projet de réinsertion sociale et professionnelle, mobiliser leurs ressources et ainsi tenter de faire face aux problèmes et aux difficultés à surmonter.

Associer les usagers des structures à leur prise en charge, démarche qui s'inscrit résolument au cœur des orientations inscrites dans la loi 2002-2, offre aux professionnels un nouvel espace de travail. Celui-ci, marqué par l'expérimentation de nouveaux parcours thérapeutiques qui se tissent dans le cadre de la prise en charge communautaire, permet aux intervenants de créer et de développer des pratiques éducatives différentes qui replacent la personne au cœur de sa responsabilité. Ces pratiques éducatives contribuent à identifier au sein du dispositif national, une dimension d'accompagnement dans un esprit communautaire, qui soit pleinement respectueuse du « choisir librement, pour soi » qui s'appuie et qui s'ancre somme toute dans des valeurs personnelles enfin identifiables par et pour les personnes elles-mêmes, puis reconnues par les proches et la société, pour au final pouvoir être mises en œuvre par ces personnes elles-mêmes au bénéfice de tous.

C'est pourquoi, le SATO Picardie s'engage résolument sur ces voies, désireux de consolider une action qui s'enracine depuis plus de trente ans dans l'implication forte de ses acteurs et dont l'un des enjeux consistera à ce que ces derniers s'impliquent à la transmettre.

Cette orientation a conduit le SATO Picardie et son directeur général Mr Jean Pierre DEMANGE, à doter l'ensemble de ses structures d'hébergement d'une direction commune[24], confiée en 2009 à Monsieur Jacques FORZY qui a été recruté comme directeur des structures d'hébergement de l'association.

Par cette démarche, et tout en conservant la spécificité de chacun des projets de ces différents services, le SATO Picardie entreprend donc une mise en cohérence de l'ensemble de son dispositif départemental d'hébergement afin de répondre avec plus d'efficacité à l'accès au soin des personnes précarisées par leurs addictions tout en élargissant et en diversifiant sa réponse vers les personnes en errance.

Pour concrétiser cette volonté, outre le chantier des LHSS qui doit voir le jour prochainement, le projet architectural d'extension de la Communauté Thérapeutique de Flambermont s'est quasiment concrétisé en 2009, les nouveaux bâtiments se dressent dorénavant à proximité des bâtiments existants.

[24] *Ainsi, cette direction commune recouvre la responsabilité conjointe de la CT de Flambermont à St Martin le Nœud et des Appartements Thérapeutiques Relais sur Compiègne ainsi que celle bientôt effective des Lits Halte Soin Santé (LHSS) qui vont être implantés sur Compiègne courant 2010.*

LA COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE DE FLAMBERMONT

I. REFLEXIONS GENERALES SUR LE FONCTIONNEMENT « COURANT » DE L'INSTITUTION

A. Une implication rigoureuse des professionnels

B. Kaléidoscope des aspects de l'accompagnement communautaire

a) Les activités de groupes thérapeutiques
b) Les actes
c) Couverture sociale
d) Les chantiers, un support plus hebdomadaire que quotidien

C. Du soin corporel à la prise en compte de soi

a) Les actes
b) Traitements de substitution
- *Méthadone, file active des résidants sous traitement*
- *Buprénorphine, file active des résidants sous traitement*

c) Traitements médicamenteux (BZD ou autres…)
d) Etat de santé des résidants

D. Une prise en compte de la dimension psychique des personnes et des groupes

a) Les actes

II. DONNEES CHIFFREES. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Files actives comparées 2007-2008-2009

B. Procédure de traitement des demandes d'admission

a) Origine de la demande

C. Justice et placements extérieurs

a) Mesures judiciaires

D. *Concernant la durée des séjours*

a) *Motifs de sortie des résidants*
b) *Nombre de projets de sortie préparés avec les résidants*

E. *Typologie des résidants*

a) *Répartition par sexe*
b) *Moyenne d'âge*
c) *Tranches d'âge*
d) *Domicile des résidants avant hébergement*
e) *Origine principale des ressources*
f) *Nombre d'enfants*
g) *Origine géographique*
h) *Situation professionnelle avant hébergement*
i) *Statut matrimonial*

F. *Le comité de résidants*

G. *Le « fil rouge », un accueil plus encadré des nouveaux arrivants*

H. *Typologie des addictions des résidants*

a) *Répartition des résidants suivant les produits les plus dommageables*
b) *Voie intraveineuse*
c) *Autres modalités de consommation*
d) *Tranches d'âge début toxicomanie*
e) *Les sevrages avant hébergement*

III. LES ECRITS

A. *« Fenêtres ouvertes sur la clinique » (Mlle Barbara LOYER Psychologue)*

B. *220 volts de vie sans produits. Du 12 au 14 juin 2009 : Slovaquie. (Xavier, Camille, Christophe, Mathieu, Hamid, Mikael…)*

C. *Epopée fantastique de 8 « échappées » de Flambermont vers Odense au Danemark pour les Olympiades des exclus (Pascale, Xavier, Eliane, Camille, Hamid, Madani, Stéfane, Mathieu…)*

D. *L'atelier création*

E. *L'atelier d'écriture*

Membres de l'équipe

Mr Jacques FORZY-Directeur des structures résidentielles (1ETP).
Mlle Pascale CROSNIER-Chef de service (1ETP).
Me Nathalie HEYMES-Médecin généraliste (0,2 ETP)
Mlle Virginie BAILLE-Psychologue (0,2 ETP).
Mlle Barbara LOYER-Psychologue (0,5 ETP).
Me Catherine PAILLARD-Infirmière (0,1 ETP).
Me Elise BOURSIER-Infirmière (0, 25 ETP).
Me Michèle BASTARD-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Me Guylaine COULOMBE-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Me Valérie FRANCOIS-Aide Médico Psychologique (1 ETP).
Mr Xavier FOURNIVAL- Educateur spécalisé (1 ETP).
Mr Ludovic FAEDY-Moniteur éducateur (1 ETP).
Me Christiane MOUEDEB-Animatrice (1 ETP).
Mr Sylvain LECLERCQ-Educateur technique (1 ETP).
Mr Serge ODOKNE-Educateur technique (1 ETP).
Me Stéphanie VERRY-Monitrice éducatrice ().
Mr Ibou NGOM-Veilleur de nuit (1 ETP).
Mr Jean-Luc LEROY-Veilleur de nuit (1 ETP).

Stagiaires

Mlle PARLIER-Educatrice spécialisée.
Mme LEREBOURG-Educatrice spécialisée.

INTRODUCTION

Jacques FORZY et Pascale CROSNIER

Notons en propos liminaires que ces nouvelles constructions, par leurs dimensions et par les modifications qu'elles ont engendrées sur le bâtiment existant, ont impacté, du fait de contingences et d'aléas qui y ont été liés, la prise en charge des usagers au cours de l'exercice 2009.

Une partie de ces locaux est destinée à répondre aux besoins de l'administration de la Communauté Thérapeutique de Flambermont et doit permettre la rationalisation du management de l'équipe éducative en améliorant ses conditions de travail.

L'autre bâtiment, plus important, est destiné à l'accueil des 10 résidants supplémentaires. Il intègre également au rez-de-chaussée diverses pièces qui contribueront à améliorer la vie quotidienne de l'ensemble des résidants.

Ce chantier – dès le départ – a été confronté aux intempéries et aux frimas qui lui ont fait perdre près de deux mois sur la programmation prévue pour réaliser ces locaux. Par ailleurs, des retards relatifs à l'implantation des ressources énergétiques EDF ainsi qu'a la finition des abords ne permettent pas d'envisager de clore ce chantier avant fin mai 2010.
Enfin conformément au projet de l'institution, la réfection de deux salles de bain (sur les locaux actuels) pour créer une chambre supplémentaire conforme à l'accueil d'usagers confrontés à un handicap physique, a été entreprise en collaboration avec les usagers et

l'équipe éducative de la Communauté Thérapeutique de Flambermont, tout en maintenant – tant que faire se pouvait – les possibilités d'accueil d'usagers en nombre suffisant, au regard du taux d'activité attendu en 2009.

Ces travaux sont soumis aux aléas des personnes admises et à l'impact que ces admissions ont sur la cohésion du groupe. Elles rendent plus complexe la rapidité de mise en œuvre, et provoquent parfois un essoufflement des individus qui s'y sont engagés…

De même, une partie du chantier sur le nouveau bâtiment a mobilisé les usagers et l'équipe éducative, notamment sur la réalisation de l'ensemble des peintures ainsi qu'une partie des aménagements extérieurs au droit des nouveaux bâtiments. Là encore, ces chantiers ont été menés.

Cependant, le groupe, avec ses diverses composantes (en sous groupes de travail par phases, d'activités, de sport ou de chantiers) est porteur d'une dynamique intrinsèque à la communauté. En l'état, tant sur le groupe ayant en charge ces chantiers que ceux correspondant à l'ensemble des activités regroupant tous les ressortissants de la communauté ont dû tenir compte de la nécessaire interface que cette situation a crée en faisant intervenir des entreprises professionnelles liées à leurs obligations de résultat avec des groupes d'usagers dont le cadre de prise en charge et d'accompagnement intègre d'autres impératifs centrés sur le parcours de soin des personnes et non sur leur rendement.

Néanmoins, cette émulation – si complexe soit-elle parfois dans la gestion quotidienne – a été, pour les usagers, source d'une reconnaissance de leur capacité personnelle et collective – y compris par les entreprises elles-mêmes – ce qui a permis à certains usagers d'expérimenter grandeur nature des possibilités de choix d'orientation pouvant leur servir d'armature quant à leur désir de vivre une vie hors de l'addiction.

Enfin, grâce à l'excellent partenariat engagé depuis de nombreuses années avec la commune de St Martin le Nœud, le SATO Picardie a loué à la municipalité une maison située au centre du bourg, en proximité des locaux de l'école primaire. Cette location est effectuée dans l'objectif de permettre de maintenir l'offre d'accueil à un niveau acceptable durant les travaux et contribue ainsi, à la mesure des possibilités et du sens accordé aux parcours individuels et collectifs des usagers, à la tenue du taux d'occupation de la communauté thérapeutique.

Notons toutefois que cet objectif n'a véritablement été opérationnel qu'à partir de juin 2009, du fait de travaux conséquents réalisés en grande partie par la commune de St Martin le Nœud, aménagements complétés par le SATO Picardie.

Les modalités d'occupation[25] *de cette maison ont été travaillées par la direction, l'équipe éducative et le comité de résidants de la CT de Flambermont et ont ainsi permis de mettre en œuvre l'extériorisation de la prestation hôtelière pour trois personnes en préservant les objectifs du parcours de soin de ces dernières.*

En effet, il a été jugé préférable de gérer prudemment la montée en charge de cette extension de cinq lits extérieurs à l'institution afin de s'assurer de la faisabilité de ce projet qui devait rester en concordance avec le projet institutionnel communautaire.

[25] *Voir l'exemplaire vierge du contrat d'occupation de la maison présenté en annexe.*

De fait, nous ne souhaitions obérer ni les bonnes relations entretenues avec la commune par une occupation hâtive insuffisamment préparée et maitrisée, ni le fonctionnement global de l'institution par ces possibles disfonctionnements qui auraient eu une incidence néfaste sur la conduite du projet communautaire avec les usagers restant en son sein.

De surcroît, soucieux de ne pas fragiliser la démarche de soin des usagers en mesure de pouvoir bénéficier de cette nouvelle opportunité en allant trop vite, nous avons fait appel à leurs capacités ainsi qu'à leur capacité[26] d'assumer « pleinement et en conscience » leur responsabilité en intégrant progressivement cet hébergement extérieur, comme en témoigne l'argumentaire du contrat d'hébergement précité.

Ainsi, pour l'ensemble de l'équipe médico-sociale de la CT de Flambermont une partie de l'enjeu sur cet exercice 2009 a consisté à maintenir un taux d'activité au plus près des possibilités effectives d'accueil des usagers, dans des conditions hôtelières acceptables.

Par ailleurs, tout en confortant son appropriation continue du projet communautaire, les professionnels se sont confrontés à de nombreux ateliers et chantiers, ainsi qu'à de nombreuses difficultés, souvent inhérentes à la problématique d'addiction des personnes hébergées, mais aussi parfois liées à la situation du personnel (maladie, départ, prise de fonction récente, impréparation à œuvrer dans une dynamique communautaire,…) difficultés qu'il s'est agi d'assumer sereinement tout en soutenant l'ensemble des professionnels et les actions éducatives entreprises au cours de cet exercice 2009.

En effet, déjà esquissé ci-dessus dans l'introduction générale, et se situant pleinement dans le cadre du projet de la communauté thérapeutique de Flambermont qui renvoie à l'implication de l'ensemble de l'équipe médico-sociale pour en asseoir la concrétisation dans la veine du projet institutionnel, nous pensons qu'il n'est pas inutile, préalablement au commentaire des chiffres statistiques de l'activité 2009, de rappeler l'étendue des actions éducatives concrètes mise en œuvre par les professionnels et les usagers au cours de cette année.

I. Réflexions générales sur le fonctionnement « courant » de l'institution

En 2009, outre la prise en compte de l'ensemble des demandes d'admission qui mobilise grandement le temps de Mme CROSNIER, chef de service (à qui cette tâche est dévolue par délégation), l'équipe médico-sociale de la CT a dû faire face à la fois à la gestion d'activités diverses relevant de l'extension des locaux et à la mise en cohérence du projet communautaire, ainsi qu'au degré d'élaboration collective qui en résulte avec l'appropriation diversifiée qu'en a chacun des acteurs.

Par ailleurs, l'équipe médico-sociale de la communauté thérapeutique a également tenu l'ensemble du fonctionnement de l'institution en mettant en œuvre un accompagnement réalisé de façon soutenue, dans un esprit communautaire à visée soignante. Ainsi, l'exercice 2009 fut le théâtre d'actions multiples en plus de la gestion du fonctionnement courant de l'institution.

Inscrite dans le projet de la communauté thérapeutique de Flambermont, cette gestion par l'équipe éducative, de ce qui est dénommé ici « fonctionnement courant », qui s'apparente à

[26] *Au sens de celle qu'institue Monsieur Armaya SEN dans son ouvrage « L'idée de justice ».*

tout ce que le quotidien génère comme obligations pour la bonne marche de l'institution et pour l'établissement d'une prise en charge efficiente dédiée aux usagers accueillis en son sein, s'adosse sur l'implication de ces derniers.

L'un des objectifs du projet consiste donc à confronter les usagers au réel du quotidien, « réel » extrêmement varié et complexe, qui recouvre la quasi globalité des aspects fonctionnels de la structure. Cela permet aux usagers d'exprimer (plus ou moins) largement les effets de cette plongée dans le creuset « social » à taille humaine, et non-anonymes[27] *qu'est l'espace institutionnel communautaire.*

A. ***Une implication rigoureuse des professionnels***

Cette complexité requiert de la part des professionnels une grande implication pour qu'ils s'approprient de façon effective cette gestion et puissent s'emparer de la part substantielle qui se dégage de l'écart entre ce qui est « prescrit » comme objectifs quotidiens ou hebdomadaires et ceux ayant à voir à plus long terme.

Ces objectifs sont nécessaires à la vie basique de la communauté ainsi qu'à celle qui lui est parallèle et qui est utile à la conduite et/ou au maintien des scansions occupationnelles et thérapeutiques que revêt l'accompagnement communautaire pour s'assurer de ce qui peut être effectivement réalisé, avec la prise en compte des aléas incontournables, mais aussi du « pourquoi et comment » qui accompagne le fait de mettre en œuvre l'ensemble de ces aspects.

A cela donc s'ajoutent les inévitables grains de sable du quotidien et les autres petits faits de la vie qui imposent à l'ensemble des acteurs de la communauté – usagers et professionnels – des facultés d'adaptation, de réactivité, de régulation et de souplesse, mais génèrent parfois des incompréhensions, des réactions plus ou moins contrôlées, des insatisfactions, voire de la démotivation….

Les professionnels ont ainsi sous cette forme, un outil permanent qui leur permet de sérier – pour peu qu'il soit maitrisé à minima – les potentialités et les choix que mettent en œuvre les personnes accompagnées par la CT, tant pour elles-mêmes que pour le groupe.

Ce fonctionnement nécessite de la part des professionnels de la communauté thérapeutique de Flambermont une bonne acuité perceptive des faits relationnels, une connaissance précise des multiples aspects que cette quotidienneté recouvre et une lecture permanente des implications structurelles qui découlent de l'organisation de l'institution.

Ainsi, l'implication des professionnels croise nécessairement des contingences individuelles et collectives qui sont liées à l'accompagnement de personnes dont la structure psychique est lourdement marquée par une histoire, des habitudes, des pathologies diverses, – souvent – avec une importante médicalisation, nonobstant celle relevant de la substitution aux opiacés

[27] *Non-anonyme pourquoi ? Par le fait que tous se rencontrent assez vite, professionnels et usagers et même si la plupart ont recours à l'emploi du prénom largement en vigueur au sein de Flambermont, la question du genre, de l'origine personnelle, des attachements générationnels se pose d'emblée. Elle agit comme une sorte de parure d'arlequin dont chacun s'habille ou se rhabille et qui frictionne parfois aux entournures sans pour autant se déchirer pour peu que la dynamique groupale instituée au sein de la communauté fasse son œuvre en rajustant les postures et les positions. Cette question donne couleurs à la communauté. Cela implique qu'elle soit incarnée par l'ensemble des intervenants avec ce qu'ils sont eux-mêmes, et donc qu'elle soit aussi individuellement pleinement assumée par chacun dans la tranquillité, dans le respect de tous pour tous.*

que nous acceptons d'accompagner depuis que ces traitements existent et que le centre communautaire est ouvert (1996).

L'un des enjeux de la prise en compte de ce fonctionnement, consiste pour les membres de l'équipe éducative à tenir l'ensemble des points d'appui que représente le fonctionnement au quotidien, axe incontournable d'une vie sereine au sein de la CT, mais également axe nécessaire à la mise en œuvre – au plan individuel et collectif – du programme d'accompagnement communautaire des usagers, l'axe groupal étant prioritairement considéré et partagé avec les usagers. Les personnels éducatifs sont donc appelés à déléguer ces différentes facettes du quotidien aux résidants, en fonction de leur avancée dans le programme de la communauté thérapeutique. Ainsi, la réalisation de ces tâches est l'objet d'une expérimentation sous la supervision de l'équipe.

Les salariés restent toujours garants de la « bonne » gestion qui en est faite ; ils en constatent et en valident les améliorations dans les différentes instances groupales qui jalonnent la prise en charge quotidienne et hebdomadaire. Cette dynamique est nécessaire pour que les professionnels puissent accompagner avec efficacité les résidants sur l'ensemble des aspects relevant du fonctionnement courant de l'institution et permettre ainsi au groupe et à chacun de progresser collectivement et personnellement dans son parcours de soin.

Toutefois, force est de constater que cette dimension et sa complexité – gestion « fait en directe » par les éducateurs, mais aussitôt « déléguée » avec une visée communautaire – sont peu prises en compte dans le cadre de la formation initiale du personnel éducatif qui le plus souvent, dans des structures médico-sociales classiques, est secondé pour la réalisation de ces tâches par un personnel administratif et technique.

Aussi, l'accompagnement des éducateurs sur ces questions et les aspects que recouvrent les différentes facettes de la vie quotidienne gérées avec une dynamique communautaire, requiert beaucoup d'énergie et de temps de la part des cadres de l'institution.

De plus, notre institution ayant décidé de répondre positivement aux demandes des lieux de formation en travail social sur la question de la formation initiale des éducateurs, a accepté de prendre en charge des stagiaires. Nous notons que les référentiels de la formation initiale aux métiers éducatifs abordent peu ces aspects, mettant les stagiaires « en situation » par le biais des stages.

Ces transmissions de savoir sur un versant « de prise en charge communautaire » font appel à l'investissement professionnel des acteurs de l'institution. Ce afin que cette dimension soit éclairée utilement, alors que ces acteurs eux-mêmes n'ont pas toujours été formés à ce type d'accompagnement et qu'ils en tissent les axes au quotidien étant confrontés à ses implications dont la dimension est essentiellement groupale.

C'est donc le terrain de stage, institution « choisie »[28]*, sur lequel repose cette transmission particulièrement complexe, sans pour autant garantir que celui-ci soit toujours en mesure de*

[28] *Et l'on sait qu'actuellement, compte tenu des avancées préconisées par les pouvoir publics sur la question de la rémunération du temps de stages des stagiaires – rémunération possible dès 2 mois de stage –, nombre de directeurs d'associations et de directeurs d'institutions (ce qui n'est pas le cas au SATO Picardie), sont plus que réservés sur le maintien ou le développement de l'accueil de stagiaires au sein de leurs établissements pour des raisons essentiellement centrées – semble-t-il – sur l'aspect budgétaire qu'induit cette nouvelle obligation.*

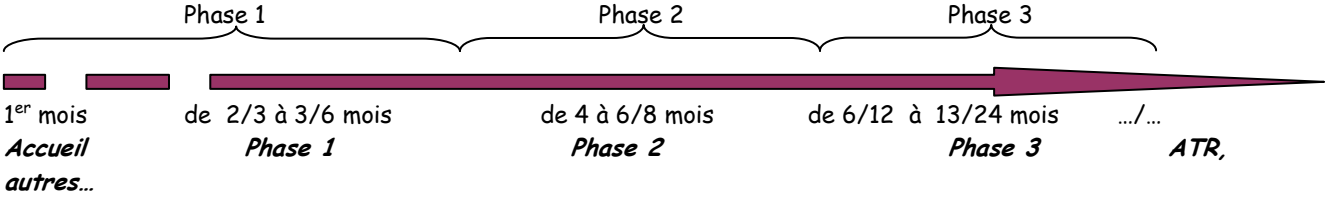
répondre efficacement aux besoins et aux attentes de formation des futurs professionnels et puissent leur permettent d'assumer sereinement les problématiques psychiques individuelles lourdes que les usagers subissent, qu'il leur faut approcher, découvrir, puis apprendre à accompagner, voire résoudre.

Ces futurs professionnels doivent également apprendre à tenir en main cette gestion du fonctionnement courant et apprendre à jouer de cette complexité pour l'expérimenter et se l'approprier afin de pouvoir en faire usage ultérieurement.

Cette dimension que recouvre le fonctionnement « courant » de la communauté thérapeutique de Flambermont, mobilise également la participation active des usagers à travers le développement des multiples activités à visées communautaires, mais néanmoins soignantes. De par l'implication individuelle et groupale que génère cette dimension, elle constitue l'un des facteurs essentiels de la prise en charge qui est offerte à l'investissement des usagers.

Le fonctionnement courant est un puissant facilitateur de la responsabilisation individuelle. Chacun de manière mesurée et progressive – à son rythme – doit pouvoir engager, puis travailler au sein des groupes de niveaux correspondants aux différentes phases du programme proposé (3 phases). Cette dimension est évidement aussi « pierre d'achoppement » et révèle les difficultés personnelles des usagers.

Ces 3 phases dont la durée n'est pas figée doivent pouvoir prendre en compte les particularités de parcours de chacun (1er séjour, 2ème séjour, problématiques plus ou moins associées, capacité). Elles se déroulent selon le schéma succinct exposé ci-dessous, et doivent permettre aux résidants admis d'assurer la continuité de leur parcours de soin (la moins erratique possible) et sa compréhension (la plus efficiente possible). Le travail au sein de ces phases s'effectue sous la responsabilité des éducateurs qui ont la charge d'animer ce cadre de travail, sous couvert du Chef de service et du Directeur.



B. Kaléidoscope des aspects de l'accompagnement communautaire

Les aspects incontournables que l'organisation d'une journée ou d'une semaine imposent à tous et à chacun au sein de la communauté thérapeutique de Flambermont créent une

---

Or, l'enjeu (compte tenu du départ de nombreux professionnels dans les années à venir – situation déjà passablement engagée – consisterait plutôt à se saisir de cette opportunité pour refonder les propositions et modalités de transmission des savoirs (à partir de l'obligation légale qui nous est faite de participer à l'effort de formation des futurs professionnels et qui est propre à nos établissements) en les revisitant résolument plutôt que de songer à limiter ces stages. Cela implique de questionner l'exigence de postures professionnelles que nous attendons de ces futurs professionnels. Cela renvoie également à notre capacité à travailler à transcender les objectifs de formation internes à nos établissements, à revoir leurs pertinences à répondre aux besoins et objectifs des usagers et, par ricochet, à celles qui en découlent pour répondre à ces enjeux de formation.

«réalité» qui ne peut admettre d'atermoiement et convoque[29] *l'ensemble des acteurs de l'institution à leur tenue. Très concrètement, il s'agit de :*

a) *Les activités de groupes thérapeutiques*

	Nombre/an	***Nombre de résidants concernés/an***
Réunion «chantiers »	*52*	*Ensemble résidants présents*
Réunion de « convivialité »	*52*	*Ensemble résidants présents*
Réunion maison	*52*	*Tous les résidants*
Réunion de groupe	*156*	*(T = entre 468 et 780)*
- dont G1 (Phase I)	*52*	*Entre 3 et 5 (T = entre 156 et 260)*
- dont G2 (Phase II)	*52*	*Entre 3 et 5 (T = entre 156 et 260)*
- dont G3 (Phase III)	*52*	*Entre 3 et 5 (T = entre 156 et 260)*
Réunion week-end	*50*	*Entre 2 et 10 (T = entre 100 et 500)*
Réunion comité	*6*	*6 résidants (T = 36)*
Briefing du lundi matin	*50*	*Ensemble des résidants présents*
*Bilans **	*122*	
Atelier « cuisine »	*52*	*3 résidants (T = 156)*
Atelier « bâtiment »	*30*	*Entre 3 et 8 (T =entre 90 et 240)*
Atelier « jardinage »	*20*	*Entre 3 et 5 (T = entre 60 et 100)*
Atelier « création »	*12*	*3 résidants (36)*
Atelier « chevaux et ânes»	*20*	*Entre 2 et 3 (T = entre 40 et 60)*

*** dont 7 résidants pour renouvellement de contrat après un an de séjour.*

- *la gestion de la cuisine a comme objectifs la production de l'ensemble des repas de la structure, l'établissement des commandes hebdomadaires des ingrédients permettant de réaliser les menus, la gestion des stocks dans les règles de l'art ; l'entretien de la cuisine et du matériel mis à disposition, etc.*

  Cet atelier est sous la responsabilité de Mme Gislaine COULOMBE, éducatrice spécialisée.

  Comme pour de nombreuses activités de l'institution qui concourent à son bon fonctionnement, cet atelier mobilise nécessairement l'implication effective de tous les membres de l'équipe éducative, veilleurs compris. Cependant, notons que, de par l'organisation horaire et de par la continuelle juxtaposition des plages de travail provoquées par l'organisation légale et fonctionnelle du travail, organisation requise pour couvrir 24h/24h et sur les 365 jours de l'année, l'ensemble des professionnels s'applique à investir ces contingences institutionnelles parfois complexes. Les salariés doivent obligatoirement assurer celles-ci par rotation dans une continuité des actions qui n'est pas uniquement dévolue à l'accompagnement des usagers et qui rend difficile la maitrise des enjeux institutionnels.

- *La gestion de la buanderie et le traitement de l'ensemble du linge personnel des usagers (+ d'une vingtaine, bientôt 35) et du linge plat de la communauté s'effectue par un groupe de résidants, sous la responsabilité de Mr Xavier FOURNIVAL,*

[29] *Par l'emploi du terme « convoquer », il s'agit ici d'invitation à être véritablement présent à ses obligations, à ses choix, à ses droits, à ses devoirs…*

éducateur spécialisé qui assure du suivi des machines, et de celle de Mme Michèle BASTARD, éducatrice spécialisée, plus particulièrement en charge du linge de la collectivité et des prestations hôtelières qui s'y rattachent.

- *La gestion des stocks de produits de nettoyage est encadrée par Mme Christiane MOUEDEB, éducatrice, en responsabilité déléguée à des usagers qui prennent en compte les commandes et les livraisons ainsi que la mise à disposition hebdomadaire des produits aux résidants pour assurer le bon entretien des différents espaces de l'institution.*

- *La gestion informatisée des informations fonctionnelles et administratives attachées à l'organisation des groupes de résidants de la communauté est suivie par Mr FAEDY, éducateur sportif. Elle fait appel à la responsabilité d'un usager qui en assure la frappe, en effectue les mises à jour et reprend une partie des comptes rendus de réunions concernant les différents aspects du programme communautaire de la CT*

- *La gestion des réunions de la communauté :*

  - *Réunions du lundi :*
    - *Groupe de phase I, animé par Mmes BASTARD, VERGNIAUD et Mr FOURNIVAL,*
    - *Groupe de phase II, encadré par Mme FRANÇOIS, Mr FAEDY Mr BRUNER*
    - *Groupe de phase III, en charge de Mmes COULOMBES et MOUEDEB.*
    - *Groupe des nouveaux arrivants, animé par Mme Barbara LOYER, psychologue.*

  - *Réunion du mardi, concernant l'ensemble de la communauté, animée par la direction, Mme CROSNIER Pascale, chef de service, et Mr FORZY Jacques, directeur, en présence de membres de l'équipe éducative et de la psychologue.*
    Elle fait suite à la réunion d'équipe qui se tient en deux temps, sur la journée, et comprend une partie « médicale » à laquelle assistent le médecin et l'infirmière.
    Lors de la réunion qui se tient avec les usagers, les temps forts qui scandent le séjour d'un usager sont abordés (arrivé, passage de phase, départ) ainsi que toutes informations concernant le fonctionnement. Elle permet d'échanger également sur un thème posant parfois problème, soit au groupe soit à quelques uns, dans le but d'œuvrer pour le bénéfice d'un seul ou de l'ensemble.

  - *Réunion du mercredi soir, dite de « convivialité » concernant les usagers, animée par 2 d'entre eux à tour de rôle, pour structurer les week-ends et soutenir les aspects culturels en faisant appel à leurs capacités à « s'activer » en groupe sur des projets.*
    Elle est souvent l'occasion d'un premier exposé des animateurs devant un grand groupe de résidants, toujours accompagné d'un usager plus expérimenté. Symboliquement, chacun y fait un « compliment », illustrant sa perception qu'il a des investissements des membres de la communauté.

- *Réunion de préparation (et retour) de week-ends, située le mercredi et gérée par la chef de service, Mme CROSNIER, en présence d'un membre de l'équipe éducative.*

- *Réunion de gestion de la caisse de solidarité, cogérée par la chef de service et un membre des usagers désigné par le comité de résidants en concertation avec la direction.*

- *Réunion du comité de résidants, toutes les 3 semaines. Elle concerne les résidants les plus anciens, désignés puis élus, cette instance s'apparentant au comité des usagers instituée dans le cadre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.*

- *Réunion de chantier du vendredi qui a pour objet de programmer les réalisations et d'inventorier les difficultés rencontrées pour les réaliser.*
  Cette réunion permet à chacun d'exprimer ses difficultés à assurer les actions en groupe ou seul, de parler de ses facultés à s'intégrer dans un groupe de travail, à s'assumer et assumer sa part de travail, d'aborder également ses capacités reconnues ou retrouvées, parfois découvertes au détour d'une réalisation.
  Elle permet d'organiser « ensemble » les tâches routinières utiles à la gestion quotidienne et au maintien de la propreté des espaces collectifs. Elle sert aussi à choisir le programme télé.

Ont également été assurées de multiples autres activités qu'offrent la CT de Flambermont dans le cadre de sa prise en charge communautaire, dont :

- *le sport obligatoire du mercredi matin – obligation qui ne va pas toujours de soi et qu'il faut soutenir activement lors des bilans et des réunions communautaires précitées. Cette activité se voit facilitée par la signature annuelle d'une convention qui lie la CT de Flambermont à la Mairie de Beauvais qui nous octroie gratuitement un créneau horaire dans une salle de sport pour toute la période scolaire,*

- *l'activité piscine, plus aléatoire et surtout sujette aux engouements ou désaffections que provoquent les aléas climatiques…*

- *la prolongation de ces moments sportifs de remise en forme grâce à de nombreuses olympiades orchestrées par Ludovic FAEDY, éducateur sportif, et Mr Xavier FOURNIVAL, jeux qui ont émaillé quelques week-ends, en ont titillé la morosité, et qui contribuent à maintenir ou remettre en forme des personnes qui, souvent, ont négligé, voire maltraité, leur corps.*

- *le prolongement de cette dynamique institutionnelle « sportive » au travers de la participation exceptionnelle de la structure, telles :*

  - *les « Olympiades de Slovaquie » : Rencontre communautaire européenne faisant appel à la solidarité des participants, encadrée en 2009 par Mr Xavier FOURNIVAL, éducateur spécialisé ;*

- *les Jeux Olympiques des Exclus au Danemark, action encadrée et rendue passible par la disponibilité de Mme CROSNIER, chef de service et de Mr FOURNIVAL.*

Ces actions n'ont été rendues possibles que grâce à l'investissement de résidants plus anciens, volontaires pour conduire les véhicules de l'institution et qui ont soutenu par leur engagement responsable la démarche participative du groupe de résidants porteurs des espérances – réalisées pour certains – de médailles[30].

- *l'Atelier d'écriture*[31]

- *Les activités à connotation culturelle telles les spectacles au Théâtre de Beauvais, etc., qui sont des activités visant à rompre d'avec les habitudes développées par la quasi-totalité des usagers qui se cantonnent dans une « consommation de films et de télé », sans une analyse préalable véritablement sérieuse de la qualité des programmes sélectionnés.*

  En témoigne le peu d'investissement et de rigueur des usagers dans la façon dont cet aspect est traité collectivement lors de la réunion du vendredi sur la programmation de la semaine suivante.

  Pourtant, cela reste un important chantier sur lequel il conviendra de se pencher, même s'il est évident que la fonction « captive » de la télévision lors des week-ends et en soirée relève également d'une gestion du groupe plus facilile pour le personnel éducatif.

  En effet, la dimension « culturelle » au sein de la communauté est encore trop timidement développée et reste insuffisamment reliée aux objectifs des différentes phases du programme de la communauté thérapeutique de Flambermont.

  Cette dimension, vise, si elle prend de l'ampleur, à ouvrir les usagers sur des aspects qui souvent leurs font cruellement défauts parce que peu ou pas transmis mais qui font partie – s'ils sont insuffisamment mis en œuvre et acquis au cours de la dernière phase du séjour – de facteurs extrêmement prégnants dans le risque de rechute des usagers entamant une réinsertion sociale que ne peut uniquement meubler le travail.

  De fait, lorsque ceux-ci n'arrivent pas à faire face au sentiment diffus et envahissant de solitude qui les submerge, cette vacuité les ramène inexorablement vers des consommations, illicites ou licites, pour pallier ce manque ou cette non-capacité à faire face à l'ennui et à la solitude. Cela les replonge invariablement dans leurs problématiques d'addiction.

  Sous ses aspects qui semblent annexes, ce chantier est donc d'importance pour avancer dans le processus communautaire de l'institution…

[30] *Voir texte rendant compte de cette participation et coupon journalistique joint en annexe.*
[31] *Voir texte joint au rapport d'activité*

b) <u>Les actes</u>

	2007	***2008***	***2009***
Educateurs spécialisés/Techniques/Animateurs	*7421*	*nr*	*7200*
Nombre d'accompagnements réalisés à l'extérieur du centre	*nr*	*1671*	*1852*
- dont activités collectives organisées à l'extérieur du centre	*nr*	*640*	*650*
- dont accompagnements des résidants pour démarches extérieures	*nr*	*1020*	*1200*
- dont autres (précisez) Sanitaire	*nr*	*1*	*2*

- *La dimension sociale et administrative des usagers : notons que cette dimension a recours aux dispositifs sociaux de droit commun auxquels chacun doit pouvoir avoir accès pour une clarification et, le cas échéant, une aide à l'établissement de ses droits sociaux.*

  Toutefois, ces aspects revêtent, au sein de la communauté thérapeutique, une dimension certes personnelle et individuelle, mais également, font appel aux ressources du groupe (pour être exposés, élaborés et soutenus).

  Ces aspects sont travaillés au cours des différentes phases, avec l'aide des salariés qui les encadrent et font appels aux expériences collectives de chacun.

c) <u>Couverture sociale</u>

	2009
Régime général et complémentaire	*10*
Régime général sans complémentaire	*3*
CMU avec complémentaire	*30*
CMU sans complémentaire	*7*
Sans couverture sociale	*2*
Aide Médicale d'Etat	*3*
Non renseigné	*0*

En regard de l'année 2009, les modalités de cet accompagnement au sein des différents groupes de phases seraient à améliorer pour mieux sérier les enjeux sous-jacent à la résolution de « dossiers ou de papiers » qui ont parfois été laissés en jachère, parfois ont été perdus ou ont souffert d'un manque de rigueur administrative interne, parfois aussi de gestions déléguées à des proches de la famille, ou parfois encore d'abandon momentané devant la masse à remuer pour y voir clair et y mettre de l'ordre.

Pris dans les rouages et méandres d'administrations ou de services sociaux aux fonctionnements vécus comme persécutant parce que ne répondant pas « de suite », parfois parce qu'oubliant ou « perdant » le dossier, nombre d' usagers ont de grandes difficultés à assumer des réalités administratives protéiformes souvent cumulées que tous ont plus ou moins participer à construire par manque de connaissance, par désintérêt, par roublardise ou simplement par inconscience, qu'elles soient :

- *financières (dettes, amendes, impayés divers, surendettement, expulsion…)*
- *sociales (absence de SS voire de mutuelle,…),*

- *judiciaires (divorce, droit de visite, assistance éducative, reconnaissance d'enfant, …),*
- *etc.*

Ces facettes constituent autant de « jokers » opposables aux sollicitations des membres de la communauté et/ou de l'équipe lors de mise en acte d'un départ « non-préparé » par le résidant qui ne souhaite pas « écouter ni entendre » des arguments qui peuvent le toucher et ainsi l'amener à reconsidérer sa posture.

De même, ce chantier, surtout dans sa dimension groupale et du fait l'incidence qui peut en être attendue dans la conduite d'actions ayant des effets visant à alléger et faciliter le traitement des situations personnelles est également à prendre en compte avec plus d'attention au sein de la communauté.

d) <u>Les chantiers, un support plus hebdomadaire que quotidien…</u>

Ces chantiers se déroulent les lundis après-midi, les mardis et jeudis sur la journée, et le vendredi matin ; Ils sont émaillés de prises en charge, rendez-vous, démarches et réunions diverses qui, mobilisant tel ou tel, impactent la cohésion des groupes constitués, la tenue des objectifs fixés et parfois, la qualité des réalisations.

Notons à titre informatif, qu'une journée de travail à Flambermont commence à 9h, 9h30, se termine à 11H30, reprend à 14h, et est close à 16h30, 17h. Ce rythme est différent pour les activités cuisine et buanderie qui se déroulent de façon décalée par rapport aux autres activités, ainsi que pour le chantier des animaux qui implique d'assumer les week-ends en sus de la semaine.

Ces activités recouvrent à la fois l'inventaire, la programmation et la réalisation de menues réparations utiles au maintien en état des lieux collectifs, mais aussi d'importantes améliorations concernant les espaces dédiés à la vie des usagers dont de nombreuses réalisations ont déjà été évoquées en introduction.

Pour leur encadrement, ces activités sont dévolues à la responsabilité du directeur ainsi qu'à celles déléguées à messieurs Serge ODOKINE et Sylvain LECLERC, tous deux éducateurs techniques. Ceux-ci ont pour tâche de conduire et d'assurer le suivi de ces divers groupes d'activité et de contrôler, à leurs différents stades, la réalisation de ces nombreux chantiers, à savoir, pour mémoire :

- *la réfection et les petits entretiens courants des anciens bâtiments d'accueil (construits en 1996, date d'ouverture de l'institution), et plus particulièrement des chantiers importants tels :*
  - *La réalisation complète des surfaces de la cuisine en carrelage,*
  - *la réparation intégrale de 2 salles de bain en sus de 2 autres dédiées à la mise en conformité de l'accueil destiné aux personnes sujettes à un handicap physique et une problématique d'addiction,*
  - *la réparation d'une partie du mur d'enceinte clôturant la structure,*
  - *la finition du pavage de l'entrée au droit du portail (près de la cuisine de l'institution),*

- *la reprise en plomberie de nombreuses fuites pour réduire les consommations d'eau,*
- *l'entretien des VRD et la réparation de canalisations d'évacuation au droit de la cuisine,*
- *le suivi des éclairages des communs et des signalisations de secours ainsi que la réfection complète de l'éclairage des communs par remplacement des luminaires et l'amélioration de l'éclairage extérieur pour rendre plus sécurisées certaines parties de voirie jouxtant le jardin,*
- *la réfection partielle d'un des portails d'entrée de l'institution en bout de propriété ainsi que celles de nombreuses portes d' herbages en faisant appel à la compétence en soudure et traitement des métaux d'un résidant de la structure,*

- *l'entretien des espaces verts et de la cour d'honneur du château et le suivi partiel – cette année – du verger attenant à la cour d'honneur,*

- *le nettoyage du bois jouxtant la propriété (environ 2 hectares et la réalisation de quelques stères de bois destinés à pouvoir partiellement à la caisse de solidarité),*

- *le soin des animaux (chevaux, moutons, cochons), et la gestion des pâtures afférentes à cet atelier (près de 6 hectares) ainsi que la reprise et l'entretien des clôtures électrifiées…*

- *la réalisation (aidée par une entreprise) de la jonction VRD des nouveaux bâtiments en créant un écoulement jusqu'au plan d'eau pour l'ensemble des eaux pluviales de ces locaux,*

- *l'entretien et l'extension de l'espace «jardin» avec mise en œuvre de cultures potagères.*

    - *Il est à noter à ce propos qu'outre l'apport non négligeable en légumes verts destinés à la cuisine en 2009 pour la consommation des rationnaires de l'institution, cette activité, grâce aux ventes réalisées en direction du personnel et de quelques particuliers désireux de soutenir notre action, a également permis d'abonder financièrement – dans le cadre d'une gestion participative et collégiale – la caisse de solidarité.*
      Cette caisse a permis d'aider quelques usagers très démunis impliqués dans le processus communautaire.
      Elle permet également de soutenir (de façon modeste) des projets collectifs de sorties exceptionnelles en venant compléter les moyens budgétaires annuels octroyés à la structure ainsi que les participations personnelles d'usagers mieux lotis.

- *Les éducateurs techniques sont également en charge de l'outillage requis pour la conduite de ces chantiers,*

- *Ils assument aussi le suivi de l'entretien des véhicules de service (suivi des pleins, des niveaux d'huile et vidanges, suivi des entretiens mécaniques que nécessitent le parc de véhicules de la CT.*

C. Du soin corporel à la prise en compte de soi

Une équipe médicale composée d'un médecin généraliste et de deux infirmières, tous à temps partiel, assure la prise en charge des aspects médicaux de chacun des résidants de la communauté thérapeutique de Flambermont.

a) Les actes

	2007	***2008***	***2009***
Médecins généralistes	*528*	*560*	*480*
Infirmiers	*9971*	*7900*	*7900*

Après l'admission définitive, le médecin réalise un bilan général d'arrivée qui lui permet de prendre connaissance des problématiques médicales diverses (peu de dossiers médicaux sont adressés à son attention par nos instances pourvoyeuses). Il effectue les renouvellements de traitements et ordonne certains soins particuliers et les demandes de prélèvements. Il travaille l'adhésion à la substitution, voire en conduit la stabilisation avec les usagers.

b) Traitements de substitution

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de résidants hébergés sous traitement	*56*	*49*	*38*
- dont résidants sous buprénorphine	*25*	*16*	*18*
- dont résidants sous méthadone	*31*	*33*	*20*
Nombre résidants sous autres traitement à visée substitutive	*0*	*0*	*0*
Nombre de résidants sans traitement	*11*	*19*	*17*

Notons une baisse du nombre de résidants hébergés bénéficiant d'un traitement Méthadone sur les trois exercices, baisse confirmée par les éléments de l'année 2009. Il en est de même pour la Buprénorphine, qui augmente légèrement en 2009. Nous constatons également un relatif équilibre du nombre de patients sans traitement de substitution entre les deux derniers exercices.

- *Méthadone, file active des résidants sous traitement*

	2009
Nombre de femmes	*3*
Nombre d'hommes	*17*
Total	***20***
Nombre de résidants sortis du programme au cours du séjour	*1*
- dont devenus abstinents	*1*
- dont autres prescriptions de substitution	*0*
- dont à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*0*

- *Buprénorphine, file active des résidants sous traitement*

	2009
Nombre de femmes	*3*
Nombre d'hommes	*15*
Total	***18***
Nombre de résidants sortis du programme au cours du séjour	*1*
- devenus abstinents	*1*
- dont autres prescriptions de substitution	*0*
- dont à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*0*

Notons à la lecture de ces deux tableaux, qu'ils reflètent la grande disparité hommes/femmes, et que la démarche d'abstinence est équitablement partagée entre les deux modes de substitution.

En revanche, l'accueil de personnes présentant des troubles de comorbidité psychiatrique est reflété par les données ci-dessous.

c) *<u>Traitements médicamenteux (type BZD ou autres…)</u>*

	2009
Nombre de femmes	*8*
Nombre d'hommes	*32*
Total	***40***
Devenus « sans prescription » au cours du séjour	*8*

Le médecin généraliste, le Docteur Nathalie HEYMES effectue, entre autres, le suivi de soins hépatiques conjointement avec les praticiens hospitaliers de Beauvais.

Au sein de la CT, ces traitements hépatiques font l'objet d'une contractualisation particulière associant le patient, le médecin et la direction de la communauté aux fins de responsabiliser ce patient sur son état et sur la difficulté qui va résulter des modifications, selon les cas, de ses humeurs. Celles-ci doivent être prises en compte par la personne, son entourage – et ici, il est nombreux. Ce traitement hépatique est potentiellement générateur de troubles de l'humeur, il est donc nécessaire que l' entourage soit informé des effets du traitement.

d) Etat de santé des résidants

	2009
Taux de renseignement HIV	*100%*
Tests effectués	*47*
Séropositifs	*2*
Nombre de résidants sous traitement	*0*
Taux de renseignement VHC	*100%*
Tests effectués	*47*
Séropositifs	*24*
Nombre de résidants sous traitement	*7*
Nombre d'hépatites C guéries	*7*
Taux de renseignement VHB	*100%*
Tests effectués	*47*
Nombre de vaccinations réalisées par le centre	*0*
Séropositifs	*15*
Nombre de prélèvements sanguins réalisés au centre	*100*
Nombre de résidants orientés vers le CPES	*48*
Nombre actes « bobologie » réalisés au centre	*800*
Nombre actes de distribution de traitement	*26740*
Nombre de résidants présentant des comorbidités psychiatriques	*13*
Nombre de résidants qui ont bénéficie antérieurement d'un suivi spécialisé	*30*

Le médecin assure également le suivi d'autres pathologies en collaboration avec l'hôpital de Beauvais.

Sous sa vigilance, les infirmières Mme PAILLART et Mme BOURSIER assument la gestion des traitements des résidants, des médicaments et de la pharmacie. Elles préparent les piluliers (26 740) pour qu'ils soient mis à disposition des patients par l'équipe éducative aux diverses personnes.

Elles effectuent certains prélèvements sanguins (100 en 2009), assurent les prises de rendez-vous extérieurs (hospitalisation, radio, etc.). Elles organisent le check-up médical sur l'état de santé général du résidant, réalisé en partenariat conventionné avec le Centre de prévention et d'examen de santé de Creil (48), et traitent de la bobologie et de petits soins courants qui n'est pas négligeable en regard du temps de travail hebdomadaire requis pour l'ensemble de ces tâches (800).

Une approche plus collective des aspects sanitaires au sens large du terme, et pouvant intéresser des groupes est en cours d'étude avec Mme Elise BOURSIER.

Enfin, avec le médecin, elles assurent la tenue et le suivi de la partie médicale du dossier individuel des résidants.

La prise en compte du soin par les usagers requérant une prise en charge individualisée cohérente et plurielle de la part des acteurs qui doivent soit l'ordonner, soit la mettre en œuvre, soit en accompagner la faisabilité, s'inscrit dans le processus communautaire.

Un protocole[32] de prise en charge et de suivi vient « cadrer » les modalités de son exercice, dans le respect attendu de chacun sur les aspects médicaux « intimes » et le maintien de la dimension du secret médical rigoureux. Et nous tenons à saluer les professionnels pour leur qualité de la rigueur.

Cette activité médicale ainsi résumée, qui peut sembler modeste mais dont les items présentés ci-dessus permettent de renseigner l'importance toujours croissante au sein de la CT, recouvre de multiples sollicitations de résidants que l'équipe éducative et médicale doit canaliser avec souplesse, rigueur, et cohésion. Elle n'en pose pas moins à terme, la question de l'extension de ce temps médical.

D. Une prise en compte de la dimension psychique des personnes et des groupes

Deux psychologues interviennent sur la CT et accompagnent prioritairement les groupes. L'une[33] d'entre elles, disposant d'une plus grande amplitude horaire, effectue le bilan d'accueil pour chaque nouvel arrivant et accompagne son intégration en réunissant le groupe des résidants qui sont dans leur premier mois de séjour, avant leur passage en Phase I du programme.

a) Les actes

	2007	***2008***	***2009***
Psychologues	*580*	*190*	*536*

Par ailleurs, toutes deux assurent des groupes de paroles et proposent sur un temps limité et une durée variable selon la problématique des usagers, un soutien psychologique individualisé.

II. Données chiffrées. Lecture et commentaires

Pascale CROSNIER, Jacques FORZY

En regard de la file active et de son impact sur les temps de séjour, il convient de préciser que le taux d'occupation a été calculé en tenant compte des contingences qu'ont générées les divers travaux entrepris pour maintenir un niveau acceptable d'accueil des résidants et la qualité de leur prise en charge et de leur accompagnement ; nous l'aurions voulu plus importante, malgré les aléas et la charge de travail considérable que l'institution a assumée en 2009, comme en témoigne l'énoncé des activités, chantiers précités et les réalisations entreprises avec les usagers par l'ensemble de l'équipe encadrée par Mme CROSNIER, chef de service, sous la responsabilité de Mr FORZY, directeur de structures d'hébergement du SATO Picardie.

[32] *Voir document en annexe du rapport d'activité.*
[33] *Voir texte produit dans ce rapport d'activité*

A. ***Files actives comparées 2007-2008-2009***

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de personnes prises en charge par l'équipe[34]	*0*	*0*	*2*
Nombre (d'admission) de résidants hébergés dans l'année	*67*	*68*	*55*
- dont nombre de résidants sous « placement extérieur »	*3*	*2*	*7*

Ainsi, c'est sur 25 résidants, sur la période du premier semestre 2009, puis sur 30 résidants, sur le second semestre, que le taux d'occupation a été calculé.

En effet, malgré l'effort fait par la structure pour louer une maison dans le village afin de répondre aux exigences relevant de l'habilitation (et pouvant accueillir 5 places en cours d'année, places que nous avons dédiées prioritairement aux résidants ayant atteint le stade de la phase III du programme de la CT de Flambermont), celle-ci n'a pu être occupée de façon significative avant juin 2009 en raison de travaux nécessaires à sa mise ne conformité. A cette situation, se sont ajoutés les travaux entrepris pour améliorer l'ancien bâtiment, rendant 4 places momentanément indisponibles, cela sur un temps relativement long à leur réalisation.

En effet, du fait d'une gestion du groupe d'usagers affecté à la réalisation de ces chantiers qui furent rendus complexes par la succession de plusieurs personnes dans ce groupe, du fait :

- *du départ de certains usagers de la structure et des réorganisations entre les différents groupes et chantiers que ces mouvements provoquent,*

- *de l'évolution de la situation d'autres usagers de ce groupe dans leur parcours de soin et de leur situation sanitaire qui a nécessité leur engagement (dans un cadre contractualisé) dans le traitement de leur hépatite C (traitement médical qui s'avère lourd et fatiguant pour les personnes qui l'entreprennent),*

- *de la longue absence d'un éducateur technique et qui a conduit – en partie – son collègue à devoir assurer, avec le soutien du directeur, le suivi de l'ensemble des chantiers sur cette période. En effet, confronté aux difficultés de recrutement d'un personnel ayant cette qualification, le nouveau directeur a dû pallier cette absence et faire avancer ces chantiers.*

Il est à noter, cependant, que la CT de Flambermont a accueilli moins de résidants en effectuant plus de journées, ce qui témoigne à la fois d'une plus grande stabilité dans la durée moyenne des séjours (+ de 4 mois), chiffre à moduler du fait d'admissions tardives au cours de l'exercice 2009 (+ 4 personnes en décembre 2009).

Contrairement aux années précédentes, nous avons comptabilisé 2 personnes vues par l'équipe médico-sociale et éducative de la structure.

Il s'agit d'usagers ayant suivi l'ensemble du protocole de traitement des demandes d'admission leur permettant d'accéder à la structure pour réaliser leur admission effective,

[34] *Il s'agit de personnes rencontrées effectivement et pour lesquelles il n'y a pas eu de suite (du fait de sa propre initiative ou du refus de l'équipe).*

mais qui, du fait de leur manquement aux règles énoncées préalablement à cette admission, se sont présentés sous l'emprise de produits.

Il leur a été demandé, conformément au protocole de traitement des demandes d'admission, de se représenter le lendemain, « clair », dès 9h. Refuser d'admettre un usager qui ne peut assumer son propre projet de soin, ce, dès son arrivée et qui doit, de ce fait, être confronté à nouveau au risque de précarité qu'engendre son comportement, vise à lui permettre de prendre la mesure de la rigueur du lieu d'accueil qu'est la CT.

Cette procédure l'incite ainsi à s'interroger sur ce que représente – pour lui-même – sa propre démarche.

Elle témoigne en retour pour l'ensemble des autres personnes déjà prises en charge au sein de la CT de la protection que se doit de mettre en œuvre l'institution en les protégeant des effets induits – parfois souvent fort dévastateurs – que provoque ce type d'arrivée : elle ravive les blessures internes et réveille des images de soi que beaucoup cherchent à occulter ou dépasser, mais qui n'ont pas encore suffisamment de recul pour en maitriser les effets.

En étant confronté à l'obligation de revisiter sa démarche de soin, démarche qu'il croyait acquise du coté de la CT, cet usager est enjoint de réaffirmer – ou non – sa réelle volonté d'entreprendre un parcours de soin sans complaisance, dans un cadre communautaire rigoureux. Cette posture donne parfois quelques résultats positifs. Au cours de cet exercice, ce fut le cas d'une personne, « vieille » habituée des structures de soin, et qui a su, malgré son dérapage, acter de sa volonté de se soigner et qui, depuis, s'est insérée dans la communauté thérapeutique en se mesurant aux exigences posées par l'institution. Notons cependant que parfois, cela ne fonctionne pas.

Par ailleurs, notons que 5 personnes admises en 2009 ne se sont pas présentées à la gare de Beauvais à l'heure du rendez-vous prévu. Certaines d'entre elles ne donnent jamais suite, d'autres reprennent contact pour s'expliquer sur les raisons plus ou moins acceptables de ce manquement. Non comptabilisés les années précédentes, bien que correspondant à une réalité tangible, ces usagers mobilisent le travail de la chef de service chargée des admissions dans la structure. Ces personnes, par leur inconstance, obèrent les chances de nombreux autres usagers qui reçoivent une réponse négative. En outre, cela contribue à rendre difficile la nécessité d'atteindre le taux d'occupation exigé en rendant parfois aléatoires tous les efforts de l'institution.

B. <u>Procédure de traitement des demandes d'admission</u>

Notons pour mémoire que la procédure de traitement des demandes d'admission renvoie à une demande initiale formalisée par un courrier reçu au sein de la CT, par un courriel ou par un fax qui fait suite parfois à une communication téléphonique d'un professionnel ou de l'usager lui-même. Elle est le plus souvent portée par un CSST, CSAPA, par une structure hospitalière œuvrant auprès de personnes en proie à un comportement addictif actif ou par un service pénitentiaire d'insertion et de probation ; parfois elle émane directement de l'usager lui-même, sans recours à une institution.

A la suite, cette missive est intégrée à une liste d'attente et cette demande écrite fait l'objet d'échanges de courriers avec l'institution, donne suite à des entretiens téléphoniques qui permettent d'évaluer le profil de l'usager et sa problématique. Ainsi, la gestion de la file d'attente et l'engagement de la CT dans la réservation d'une place sont également aussi rendues complexes pour l'usager, mais en miroir, tout aussi complexes pour l'institution qui n'est jamais assurée de voir arriver les demandeurs qui pourtant ont suivi l'ensemble du cursus.

a) Origine de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Initiative du résidant ou des proches	*8*	*6*	*5*
Médecin de ville	*0*	*0*	*0*
Structures spécialisées (CCAA, CSST, autres.)	*nr*	*42*	*31*
- dont centre de soins SATO/Creil	*nr*	*nr*	*1*
- dont centre de soins SATO/Beauvais	*nr*	*nr*	*4*
- dont centre de soins SATO/Compiègne	*nr*	*nr*	*2*
Equipe de liaison	*0*	*0*	*0*
Autre hôpital, autres sanitaires	*7*	*8*	*6*
Institutions et services sociaux	*0*	*2*	*0*
Services de la justice	*3*	*9*	*2*
Autres	*0*	*1*	*4*
Non renseigné	*5*	*0*	*0*

C. Justice et placement extérieurs

Une légère différence de traitement concerne les placements extérieurs relevant de l'instance judicaire pour les personnes relevant d'infractions concernant leur addiction et condamnées s à une peine de prison.

Elles ont la particularité, d'être placées sous l'autorité du juge d'application des peines. Ceux-ci, du fait de charges de travail importantes et de la logique de fonctionnement des centres de détention, prennent la décision de valider ces demandes de placement extérieur dans des délais qui rendent partiellement aléatoire la date de sortie de détention de la personnes incarcérée et, dans la foulée, la remise sous-écrou au Centre de détention de Beauvais de l'usager qui s'est vu bénéficier d'une telle décision, pour pouvoir enfin être admissible à la CT.

Notons à ce propos qu'au cours de cet exercice, le responsable départemental des SPIP a rencontré la direction de la structure courant 2009 aux fins d'effectuer une réécriture de la convention de placement extérieur en y intégrant les évolutions récentes et en prenant en compte la nécessité de la réévaluation financière de la prestation effectuée par la CT de Flambermont.

Sept résidants ont été en placement extérieurs au sein de la communauté thérapeutique de Flambermont en 2009. Pour l'un d'entre eux, cette démarche s'est effectuée alors que, sur une base volontaire, il était déjà admis et présent depuis plusieurs mois.

Par deux fois, nous avons dû interrompre ces placements, les personnes concernées étaient soumises à la décision du juge de l''application des peines qui a prononcé la révocation du placement et fait procéder à leur réincarcération à la suite de graves transgressions.

La décision de soumettre l'usager au magistrat, par l'entremise des SPIP, n'est jamais facile pour l'équipe éducative et questionne le groupe et la solidité du lien communautaire qui lie les acteurs de l'institution, tant dans ses prolongements individuels qu'au sein les différents groupes. Elle impacte notamment le groupe des arrivants, les fils rouges[35].

La capacité de cohésion et d'agrégation du groupe est interrogée, sa capacité à se protéger également.

Cette dimension est d'autant réactivée que ce sont les gendarmes de Beauvais, en tenue, qui sont chargés de venir chercher la personne pour la reconduire en détention et que la signification que représente cette venue, ne laisse pas les personnes sans affects de par leur propre passé. Saluons au passage le tact dont font preuve à chaque fois les gendarmes et la compréhension bienveillante du magistrat de l'Application des Peines.

Ces situations, commentées en réunion plénière quant aux incompréhensions – et souvent, il y en a peu –, aux réactions ou aux prises de conscience, permettent à chaque résidant de verbaliser sur ce qui visibilise sans détour, ni fioriture l'un des points de butée du travail communautaire : « Chacun à la responsabilité de son parcours de soin, et si nul n'est censé ignorer la loi, un comportement ou une transgression grave peut ramener chaque individu à être rattrapé par son histoire personnelle, ses condamnations, y compris dans le cadre de leur aménagement… ».

Les demandes pour aménagement de peine sont de plus en plus nombreuses, mais restent difficiles à évaluer du fait des conditions liées à l'incarcération : pas de contact téléphonique possible en direct ou sous de telles conditions qu'il faut que la structure s'adapte aux contraintes organisationnelles du centre de détention, ce qui n'est guère facilitant pour tous.

Les personnes « idéalisent » la communauté de Flambermont du fond de leur cellule, et doivent se faire à la « réalité » d'une institution à la porte « toujours ouverte » qu'il faut ne pas franchir, et donc apprendre à gérer la frustration qui s'en dégage.

Mais également, ces personnes doivent s'adapter à la « réalité », remplie d'exigences fortes, sollicitées par l'appel à une responsabilisation qui engage.

Les résidants sont attendus pour une implication active « tangible » dans des activités qui viennent percuter l'habitude (subie ou prise) d'être « complètement » pris en charge au sein de la prison (certes avec ses codes et la violence de ses enjeux), mais aussi habitude qui tranche d'avec ce qu'ils découvrent en arrivant sur la CT ; situation que n'avaient pas toujours imaginée, voire bien mesurée, les usagers en milieu carcéral.

[35] *Fil rouge : Procédure encadrée et contenante d'accueil d'un résidant par ses pairs*

a) Mesures judiciaires

	2008	***2009***
Nombre résidants suivis sous main de justice	*29*	*34*
- dont obligation de soin	*9*	*9*
- dont contrôle judiciaire	*6*	*3*
- dont injonction thérapeutique	*2*	*3*
- dont bracelet électronique	*0*	*0*
- dont en « placement extérieur »	*2*	*7*
- dont autres	*10*	*8*
- dont non renseigné	*0*	*2*
Sans objet	*39*	*23*

En dehors des placements extérieurs, nombre de résidants ont eu à faire avec la justice et sont confrontés aux décisions judiciaires qui les concernent (obligation de soin, sursis, mise à l'épreuve,…, ou sont parfois concernés par des affaires en instance de jugement).

Beaucoup ont fait de la prison, assumé de nombreuses peines, parfois longues. Même s'ils affichent un « ras-le-bol » de cette forme de vie, ils n'en n'ont pas toujours un mauvais souvenir, s'y étant organisés une « petite » vie, empreinte de frustrations, d'arrangements, voire parfois de violence, mais qui les a « relativement » mis à l'abri de leurs pulsions.

D. Concernant la durée des séjours

Notons à la lumière des éléments chiffrés ci-dessous, que nous enregistrons une légère progression du nombre de journées réalisées et que nous accusons un taux d'occupation qui, compte tenu des charges de travail énoncées ci-dessus et du contexte dont elles furent à la fois le théâtre, mais également la résultante, est plus qu'honorable pour l'équipe médico-sociale qui l'a mené au cours de l'exercice 2009.

	2007	***2008***	***2009***
Nombre total des journées d'hébergement réalisées	*7421*	*7573*	*7615*
*Durée moyenne d'hébergement en jours **	*179*	*112*	*139*
Taux d'occupation	*72,35%*	*73,24%*	*75,96%*
Nombre de résidants sortis entre le 1er et le 31 décembre	*48*	*50*	*33*
- dont au plus un mois	*10*	*17*	*9*
- dont de 1 à moins de 3 mois	*13*	*8*	*10*
- dont de 3 à moins de 6 mois	*11*	*9*	*2*
- dont de 6 mois à 1 an	*6*	*10*	*7*
- dont plus de 1 an	*8*	*6*	*5*
Nombre de sorties effectuées	*48*	*50*	*34*

Départs et exclusions :

- *9 résidants ont fait un séjour de moins d'1 mois.*

  Il est à noter que le protocole de prise en charge en vigueur au sein de la CT prévoit que le 1er mois de séjour est un mois dit « de pré-admission », autant pour le nouvel arrivé que pour l'équipe médico-sociale de la CT.

  Cette période permet d'affiner l'évaluation de la personnalité de l'usager et d'investiguer des problématiques, parfois diverses, que ce dernier a mis en évidence dans le cadre de la procédure de traitement de la demande d'admission ou celle prévue à l'arrivée. Une évaluation psychologique est réalisée par la psychologue du service, Mme Barbara LOYER.

  Ce temps de pré-admission permet à chacun de déterminer si un travail est possible, après une période d'adaptation « encadrée » à laquelle sont conviés les résidants déjà présents dans la CT depuis quelques mois. Cet accompagnement a été affiné en concertation avec les usagers au cours de l'exercice 2009 et s'est structuré sous la dénomination de « fil rouge[36] ».

  Cette période d'un mois se conclut par un bilan dit « d'admission » où les objectifs du parcours de soin du résidant sont établis en concertation avec lui et prend la forme d'un projet individualisé de prise en charge.

- *Notons, qu'en 2009, la CT a été amenée à interrompre 4 séjours avant la tenue du 1er bilan (bilan d'admission). Pour 3 des personnes concernées, il s'est agi d'une exclusion, pour 1 autre, d'une réorientation vers une structure plus adaptée à sa problématique.*

- *5 personnes ont décidé d'interrompre leur séjour rapidement, dès leur arrivée, en évoquant des raisons qui sont souvent les mêmes, « trop de monde…, trop de réunion… » ou bien « des mésententes avec d'autres résidants…, d'urgents problèmes à résoudre à l'extérieur qui ne peuvent souffrir d'attendre…, ou plus simplement une irrépressible envie de se défoncer… ».*

  Rappelons que, face à ces situations, une évaluation des motivations implicites et explicites est réalisée par l'équipe de la CT de Flambermont ; les groupes de phases et les usagers les plus anciens, membres du comité sont mis à contribution pour interagir auprès de ces nouveaux arrivants ambivalents vis-à-vis de la continuation de leur séjour.

  Aussi, si cette accroche au groupe ne s'effectue pas, cette envie de « partir » reprendra le dessus ultérieurement.

- *Concernant les exclusions opérées par l'institution : 11 personnes ont été exclues.*

[36] *Voir document de cadrage établi par le comité de résidant, joint en annexe.*

Il est à noter que, pour l'un des résidants en placement extérieur, cela a donné lieu à une décision du magistrat de faire procéder à sa réincarcération pour terminer sa peine.

a) *Motifs de sortie du résidant*

	2007	***2008***	***2009***
Contrat thérapeutique mené à terme	*11*	*15*	*11*
*Réorientation vers une structure médico-sociale plus adaptée **	*0*	*2*	*2*
Exclusion par le centre	*20*	*13*	*11*
*- dont temporaire***	*15*	*9*	*9*
*- dont définitive****	*5*	*4*	*2*
Hospitalisation durable	*2*	*0*	*0*
Rupture à l'initiative du résidant	*9*	*19*	*9*
Décès	*0*	*1*	*0*
Autres (précisez)	*0*	*0*	*1*

** Résidant incarcéré pendant week-end de sortie*
*** Le résidant peut ultérieurement se manifester et faire à nouveau une demande d'hébergement.*
**** Le résidant ne peut plus faire de demande d'hébergement.*

D'autres motifs sont identifiables :

- *1 exclusion à la suite de violence en direction d'usagers,*
- *1 exclusion pour introduction de produits,*
- *3 exclusions pour détournement de traitements médicamenteux prescrits au sein de l'établissement par le médecin de l'institution,*
- *5 exclusions pour consommation excessive pendant le week-end et le résidant se présentant au retour, dans la communauté, sous l'effet de produits.*
- *Enfin, 1 résidant exclu pour avoir fait usage de produits médicamenteux détournés dans le cadre de son hospitalisation.*

Il est utile de préciser que le maintien d'un cadre strict au sein de la CT vient garantir la possibilité pour chacun d'œuvrer sereinement à la résolution de ses difficultés et conforte la démarche de soin des usagers, ainsi que la capacité pour l'équipe d'assumer son travail d'encadrement dans de bonnes conditions. Il est également nécessaire de préciser que ces décisions sont toujours commentées par la direction avec l'ensemble du groupe, en réunion plénière de la communauté.

Aucun résidant ne peut participer à une décision d'exclusion, cette option, comme celle de l'admission, après concertation avec les acteurs professionnels de la CT, relevant de la responsabilité du directeur de la structure et, par délégation, de celle du chef de service.

Cependant, tout professionnel est habilité à prononcer une exclusion qui, comme pour la direction, est toujours temporaire et se trouve soumise à l'analyse des faits et des mécanismes institutionnels variés ayant conduit à procéder à sa mise en acte.

Ce n'est qu'à partir de cette analyse et du prononcé de la position de chacun des professionnels qu'elle devient définitive ou qu'une réintégration ou non est envisagée.
Des sanctions intermédiaires peuvent être prononcées, comme la mise à pied, ou la signification d'un avertissement. Au bout de trois, l'exclusion est définitive.

b) Nombre de projets de sortie préparés avec les résidants

	2007	***2008***	***2009***
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	*4*	*5*	*7*
Avec une autre structure sanitaire et sociale (Spécialisée ou non)	*12*	*6*	*2*
Avec des structures d'insertion professionnelle	*0*	*0*	*0*
Avec des structures d'hébergement	*2*	*6*	*3*
Avec la famille du résidant	*2*	*0*	*6*
Autres (précisez)	*0*	*0*	*2*
Expériences professionnelles réalisées durant le séjour	*1*	*3*	*3*
- dont CDD	*0*	*0*	*0*
- dont CDI	*0*	*1*	*0*
- dont missions intérim	*1*	*0*	*0*
- dont stage qualifiant	*0*	*1*	*2*
- dont autres (précisez) Bénévolat (humanitaire)*	*0*	*1*	*1*

E. Typologie des résidants

Le profil des usagers de la communauté thérapeutique de Flambermont qui ont été accueillis en 2009 est globalement identique à celui des années précédentes.

a) Répartition par sexe

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*1*	*5*	*8*
Hommes	*66*	*63*	*47*
Total	*67*	*68*	*55*

Nous constatons chaque année qu'une minorité de femmes fréquente les institutions, même si la moyenne d'âge sur l'exercice 2009 a évolué, étant plus élevée qu'en 2008. De même, elles sont dans une situation beaucoup moins précaire que les hommes (2 ont un logement personnel, 3 un logement stable dans leur famille).

Ces femmes ont d'ailleurs plus souvent et plus longtemps travaillé que les hommes (2 seulement bénéficient du RMI (dorénavant RSA) les autres revenus émanant du travail : ASSEDIC, indemnités journalières.

Leur état de santé est moins dégradé, et leur parcours de soin est moins chaotique : aucune n'est partie avant 1 mois et leur séjour présente une durée moyenne de 153 jours contre 139 pour les hommes.

b) Moyenne d'âge

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*36*	*28,5*	*35,5*
Hommes	*36*	*39*	*38*
Générale	*36*	*38*	*37,5*

Pour les femmes hébergées en 2009, celles-ci n'ont pas connu l'incarcération, à l'exception de l'une d'entre-elles admise dans le cadre d'un placement judiciaire.

Notons qu'une moyenne d'âge assez élevée et une grande précarité sont des constantes des personnes admises au sein de la structure, avec le cortège de difficultés que cela entraîne : santé très mauvaise, situation administrative complexe, liens familiaux relativement distendus, insertion chaotique.

c) *Tranches d'âge*

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 20 ans	*0*	*0*	*0*
dont moins de 18 ans	*0*	*0*	*0*
20-24 ans	*0*	*2*	*2*
25-29 ans	*13*	*6*	*7*
30-39 ans	*33*	*31*	*21*
40-49 ans	*21*	*27*	*22*
50-59 ans	*0*	*2*	*3*
60 et plus	*0*	*0*	*0*

d) *Domicile des résidants avant hébergement*

	2007	***2008***	***2009***
Durable	*15*	*13*	*16*
Provisoire	*20*	*23*	*17*
SDF	*32*	*31*	*16*
Etablissement pénitentiaire	*0*	*1*	*6*
Non renseigné	*0*	*0*	*0*

e) *Origine principale des ressources*

	2007	***2008***	***2009***
Revenus de l'emploi (y compris retraite, pension invalidité)	*2*	*0*	*3*
Assedic	*5*	*11*	*7*
RMI/RSA	*36*	*38*	*33*
AAH	*4*	*8*	*6*
Autres prestations sociales	*0*	*0*	*0*
Ressources provenant d'un tiers	*5*	*2*	*1*
Autres ressources (y compris sans revenu)	*15*	*9*	*5*
Non renseigné	*0*	*0*	*0*

Certains présentent d'énormes difficultés pour envisager une réinsertion professionnelle à l'issue de leur séjour au sein de la communauté, même si le fait d'avoir un ou plusieurs enfants à charge reste un facteur de stabilisation pour quelques personnes, mais handicape financièrement les objectifs de réinsertion.

f) Nombre d'enfants

	A charge	***Non à charge***
Un	*3*	*8*
Deux	*4*	*7*
Trois	*0*	*1*
Quatre et plus	*0*	*0*
Non renseigné	*0*	*0*

Le fait d'être « parents » est facteur de résilience mais aussi facteur de difficultés supplémentaires dans l'équation de la réinsertion.

Notons que pour ces personnes, la CT crée des conditions relativement propices pour stabiliser une vie personnelle erratique et le fait d'avoir pu s'intégrer au groupe est déjà en soi un pas important, qu'il conviendrait de pouvoir consolider. La communauté thérapeutique essaye d'aider ces personnes au maximum de ses possibilités, les séjours se déroulant sur une durée d'1 an, renouvelable une fois.

g) Origine géographique

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*11*	*7*	*14*
- dont originaires du département	*10*	*6*	*12*
En provenance d'autres régions	*56*	*61*	*41*

Notons que près d'un quart des personnes sont du département ou de la région. La plupart sont originaires du nord ou de la région parisienne.

h) Situation professionnelle avant hébergement

	2007	***2008***	***2009***
Avaient un emploi	*5*	*11*	*8*
- dont CDI	*nr*	*Nr*	*5*
- dont CDD ou stage rémunéré	*nr*	*Nr*	*3*
- dont travailleur indépendant	*0*	*1*	*0*

Lors de projets construits de sorties les personnes renouent avec leurs proches, lorsque ce réseau existe et est actif, soient elles s'installent dans la région, les lieux d'insertion sur lesquels elles ont pu s'appuyer étant ceux qui sont en proximité de l'institution.

En effet, pour quelques résidants qui ont rechuté malgré parfois une insertion plutôt réussie et le fait qu'ils ont su trouver la capacité à redemander de l'aide à la communauté, voire – du fait de la connaissance que les services de soin ont d'eux – être «rattraper[37]», nous constatons cette grande difficulté qu'ils ont à pouvoir s'assumer dans la durée, à l'extérieur, même aidés ou béquillés par une substitution bien stabilisée.

[37] *C'est-à-dire réadmis rapidement*

Ces personnes restent malgré tout confrontées à de profondes difficultés psychiques qui font obstacles à cette dynamique. Au sein de la communauté, elles l'ont approché, travaillé, mais elles n'arrivent manifestement pas à réussir les dépasser seul.

D'autres, du fait de consommations licites ou illicites importantes et de situations d'errance trop souvent répétées n'arrivent pas à être seul « en dehors de la communauté », sans prendre de produits. En interne, protégées par l'institution et soutenues par le groupe, elles tiennent une abstinence ou stabilisent une substitution constamment étayée par l'institution et par le groupe de pairs.

Le groupe, à la fois compréhensif, mais sans complaisance, reste alors pour ces usagers facteur d'étayage qu'il faudrait pouvoir assurer en permanence, avec d'autres modes de prises en charge qui soient compatibles avec des temps beaucoup plus long, mais également adaptés à des avancées personnelles qu'il faudrait pouvoir soutenir.

i) Statut matrimonial

	2007	***2008***	***2009***
Célibataire	*51*	*57*	*44*
Union libre	*nr*	*0*	*3*
Marié	*nr*	*1*	*3*
Séparé	*nr*	*6*	*3*
Divorcé	*nr*	*4*	*2*
Veuf (e)	*nr*	*0*	*0*

La vie à Flambermont

Ces chiffres, certes nécessaires, rendent compte de l'activité de la communauté, mais n'illustrent pas ce que nous appelons « la vie à Flambermont », avec ses bons et mauvais moments.

Cette année plusieurs olympiades ont été organisées soit sur le site, soit en extérieur, en utilisant la salle de sport mis à disposition par la ville de Beauvais. Cette action a mobilisé l'ensemble des résidants pour des épreuves sportives diverses et variées.

Nous avons accueilli pendant près d'une semaine des collègues des Açores ; cela s'est terminé par une fête émaillée de chansons françaises et portugaises et par un repas typique que les stagiaires ont organisé et réalisé pour remercier les résidants de leur disponibilité, de leur accueil.

Un méchoui fut organisé dans le parc du domaine avec l'ensemble des collègues du SATO et quelques invités, dont un des anciens, préfigurant l'instauration prochaine d'une rencontre annuelle des anciens résidants et d'un temps de travail avec les usagers du moment.

La participation aux olympiades de Slovaque et celle des jeux olympiques des exclus au Danemark[38] furent également des moments conviviaux et joyeux, basés sur un contrat de

[38] Voir les textes joints…

confiance avec les résidants impliqués, soutenus et travaillés avec ceux restés dans la communauté.

Deux visites d'une cinquantaine de collègues venant d'Athènes, où les résidants ont contribué à l'accueil et à l'accompagnement de ces stagiaires, fut l'occasion pour les usagers de transmettre le cadre de fonctionnement de la communauté, de témoigner de leur parcours et de leurs difficultés.

Mais ces implications lointaines, prétexte à travailler les investissements de chacun dans le projet communautaire, sont en écho aux mobilisations de proximités telles la participation active des résidants dans la commune de St Martin le Nœud pour la distribution des sapins de noël, l'installation des bungalows et stands pour le marché de noël, ce sur près de trois semaines, la participation à l'écomusée local, l'aide à l'entretien des espaces verts de la commune, notamment pour débarrasser les tailles de bois émondés par le personnel de la commune.

F. Le comité de résidants

Le comité de résidants est une instance ancienne mise en place depuis 1996, même si ce groupe de résidants plus anciens n'a pas vu l'appellation de ce groupe changer au fil du temps, ainsi que sa composition, voire même ses objectifs.

Cette instance a été réactivée en 2009, après une période de mise en sommeil. Des réunions régulières ont été tenues avec ses membres, qui sont passés de 4 à 6 au cours de l'exercice 2009, selon le rythme d'intégration des phases propres à chacun et en fonction de la durée de leur séjour.

Si, pour la direction de la CT et son équipe, cette instance est essentielle, encore faut-il que, pour qu'elle soit efficace, les conditions soient réunies, au risque de singer, dans une parodie partenariale, une participation qui n'aurait aucun sens. En effet, ce comité, outre le fait d'être une instance dont les prérogatives relèvent dorénavant de la loi 2002-2, a pour objet d'assurer une médiation (si nécessaire) entre les usagers qui pourraient être en difficultés relationnelles, voire en conflits, cette médiation associant et le comité par la présence de l'un ou de quelques uns de ses membres selon le cas à traiter et l'équipe éducative.

La gestion des conflits par le biais de faire vivre « du communautaire » permet de mieux articuler les modes opératoires de prise en charge et d'accompagnement en responsabilisant certains usagers reconnus tant de l'équipe que de leurs pairs.

G. Le fil rouge, un accueil plus encadré des nouveaux arrivants

Si, lors d'une réunion, depuis de nombreuses années, les membres du comité participaient à l'accueil des nouveaux arrivant, après échange avec les usagers de la CT il a été décidé d'améliorer les conditions d'intégration des personnes qui arrivaient seules (même si les arrivées se traitent parfois en petit groupe, plusieurs personnes pouvant être intégrées le même jour).

En effet, ces nouveaux usagers se trouvaient plongés dans un groupe, pour eux hétéroclite, générateur de stress, alors que ce groupe a ses codes de fonctionnement, ses habitudes, et que

l'institution, quant à elle, à ses règles, ses attentes de conformité au cadre, son rythme, son programme…

Pourtant chaque résidant a bénéficié d'une préparation importante, lors de l'étude et de la prise en compte de sa demande d'aide, préparation réalisée préalablement à leur arrivée par Mme CROSNIER, chef de service.

Pour palier les départs que génère cette mise en situation ainsi que pour limiter les collusions trop rapides de résidants nouveaux, faisant bloc ou s'isolant pour se protéger du groupe existant, voire pour limiter leur(s) implications) attendue(s) dans le programme, ce bloc ou ce pôle d'individuation devenant hermétique et solidifiant les résistances aux changements à mettre en œuvre, il a été instauré ce que nous dénommons au sein de la CT : « Le fil rouge »[39].

Il est opérationnel depuis le dernier trimestre 2009, est composé de deux résidants pour un nouvel accueilli et, lorsqu'ils sont deux ou plus, de 3 résidants. Ce tandem ou ce trio comprend obligatoirement 1 membre du comité. Ils participent à l'accueil après que les démarches administratives aient été réglées.

Leur rôle est de servir d'interface entre ces personnes arrivantes et l'ensemble de la CT en permettant à ces usagers d'assimiler l'ensemble des règles et des instances (qui sont nombreuses) participant à la structuration du programme d'accompagnement offert par la CT à ses usagers.

Cet accompagnement passe par une présentation de la CT, s'inscrit dans la prise de connaissance de détails nécessaires à la facilitation d'intégration : savoir où sont les balais pour le ménage, quelle est l'heure de sortie des poubelles, apprécier le périmètre d'une tâche utile au fonctionnement général comme, par exemple, savoir comment faire les abords et ce qu'ils recouvrent, et ne pas être surpris des reprises éventuelles qu'une telle tâche mal faite entraîne.

Cet accompagnement dure le mois de pré-admission, avec une dégressivité de l'implication du fil rouge, pour permettre aux personnes de s'approprier les consignes, règles et connaissances des lieux.

Les membres du fil rouge sont à l'écoute et particulièrement vigilants à l'égard du résidant et, si ce dernier le souhaite, disponibles pour échanger, mais il peut également investir d'autres personnes pour parler. Une attention forte est portée par le fil rouge si la personne s'isole, s'enferme et ne communique pas avec le groupe.

De plus, un dimanche durant le mois d'accueil, une sortie extérieure accompagnée du fil rouge et d'un membre de l'équipe éducative est organisée pour permettre de mieux connaitre la personne en « extérieur », et lui permettre d'avoir connaissance des lieux de proximité, ville de Beauvais, etc. …

Les retours de ce nouveau type d'accompagnement sont plus que positifs, et le fil rouge participe à l'élaboration du bilan qui va avoir lieu avec le résidant pour que soit procédé à son intégration effective le mois de pré-admission terminé.

[39] *Voir pour information la définition construite avec le comité de résidants de cette instance jointe en annexe.*

Les usagers admis valident ce mode d'accueil, les anciens résidants également, mais ils soulignent qu'ils sont parfois en difficulté pour assumer cette fonction dans la durée, cette dernière requérant de leur part une grande disponibilité, mais surtout impliquant un décentrage de leur propre parcours, de leur problématique pour s'attacher à ce qui fait résistance pour l'autre à entrer dans le groupe.

Cela leur permet de prendre de la distance, voire les confronter à s'assumer, tout en exerçant une responsabilité à l'égard d'autrui, mais parfois, cela peut aussi, en miroir, les renvoyer à leurs propres difficultés qu'ils viennent enfin d'identifier, voire de traiter et s'en retrouver « encombrés ».

Une écoute et une attention de la part de l'équipe éducative sont donc très attendues des personnes assurant le fil rouge qui, mal comprises, peuvent être vécues comme une instance concurrente et non concourante, si nous n'y prenons garde.

La prise en compte de la difficulté de faire connaissance et d'intégrer un groupe d'une quarantaine de personnes (équipes et résidants cumulés) permet de mieux assimiler les nouveaux arrivants et, en retour, donne du matériel d'élaboration au groupe de la phase 2 et 3 qui sont associés à cette manière d'accueillir.

Les fils rouges se remémorant leurs propres difficultés, permettent de mieux les préparer aux nouveaux, et contribuent à leur faire prendre la mesure du chemin parcouru.

H. Typologie des addictions des résidants

Poly-toxicomanes = 55

Essentiellement confrontés aux opiacés et à la cocaïne ainsi qu'aux médicaments détournés (et la substitution), nos usagers sont tristement conformes aux évaluations nationales en la matière.

a) Répartition des résidants suivant les produits les plus dommageables

	1er produit le plus dommageable	***2ième produit le plus dommageable***	***3ième produit le plus dommageable***
Alcool	*14*	*13*	*10*
Tabac	*0*	*0*	*0*
Cannabis	*2*	*5*	*5*
Opiacés	*22*	*7*	*0*
Cocaïne et crack	*7*	*15*	*15*
Amphétamines, ecstasy, …	*0*	*2*	*6*
Médicaments psychotropes détournés	*7*	*6*	*10*
Traitement substitution détourné	*3*	*7*	*7*
Autres	*0*	*0*	*0*
*Pas de produits**	*0*	*0*	*2*
Non renseigné	*0*	*0*	*0*
***Total** (100% de la file active)*	***55***	***55***	***55***

** Produits les plus dommageables = produits consommés (dans les 30 derniers jours précédant l'admission) les plus dommageables pour le patient selon l'opinion de l'équipe de prise en charge.*
***Les résidants qui n'ont pas consommé de produit au cours des 30 derniers jours doivent être pris en compte pour le(s) produit(s) avec le(s)quel(s) ils ont été le plus en difficulté auparavant.*

b) *Voie intraveineuse*

	Nombre résidants
Ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent l'admission	*15*
Ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (auparavant au dernier mois)	*19*
N'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse antérieurement	*21*
Non renseigné	*0*

Ils sont surtout injecteurs, viennent à peine d'arrêter ce mode de consommation qu'est l'injection, même si un grand nombre a su ne pas utiliser la seringue pour s'adonner à celle-ci.

c) *Autres modalités de consommation*

	Nombre de résidants
Sniffé	*15*
Injecté	*34*
Mangé/Bu	*3*
Fumé	*3*
Non renseigné	*0*

Le snif reste un des modes opératoires préférentiels qui vient permettre l'assuétude des usagers aux produits opiacées et à la cocaïne.

d) *Tranches d'âge début toxicomanie*

Moins de 18 ans	*39*
18-24 ans	*12*
25-29 ans	*4*
30-34 ans	*0*
35-39 ans	*0*
40-44 ans	*0*
45-49 ans	*0*
50 ans et plus	*0*

Les personnes que nous accueillons ont commencé très jeunes et confirment la nécessité des actions préventives en direction des adultes, pour que ces derniers puissent assumer la confrontation à ces comportements compulsifs, en resituant leur posture éducative… Ces comportements, ont donné lieu essentiellement à des sevrages hospitaliers.

e) <u>Les sevrages avant hébergement</u>

	2009
Nombre de sevrages réalisés	*20*
- dont ambulatoire	*2*
▪ *Buprénorphine*	*1*
▪ *Méthadone*	*1*
▪ *Alcool*	*0*
▪ *Benzodiazépines*	*nr*
▪ *Héroïne*	*0*
▪ *Autres*	*nr*
- dont hospitaliers	*18*
▪ *Buprénorphine*	*0*
▪ *Méthadone*	*0*
▪ *Alcool*	*8*
▪ *Benzodiazépine*	*1*
▪ *Héroïne*	*3*
▪ *Autres*	*6*

Fait à St Martin le Nœud, le 3 mars 2010

Jacques FORZY, Directeur et Pascale CROSNIER, Chef de service.

III. <u>Les écrits</u>

A. <u>« Fenêtres ouvertes sur la clinique » (Me Barbara LOYER Psychologue)</u>

Alors que je cherchais un thème pour un écrit qui pourrait contribuer au rapport d'activité 2009 et que plusieurs me venaient à l'esprit sans que je puisse y trouver quelque axe directeur...

Alors que j'avais envie de partager un peu de ma pratique au travers d'une vignette clinique et que des noms, des visages et rencontres se rappelaient à moi, sans que je ne parvienne à m'arrêter sur un seul d'entre eux…

Alors que se réactivait dans ma mémoire un défilé de mots, d'idées et d'images qui s'ouvraient à moi par associations (comme dans le rêve)…

C'est alors que je me suis rappelée le précieux petit ouvrage de Jean-Bertrand Pontalis : Fenêtres (2000), texte qu'il définit lui-même comme un « lexique 'à usage personnel' » en même temps qu'une « façon d'inviter chacun à la rencontre du sien propre ». J'ai eu envie alors de répondre à cette invitation, comme de la transmettre renouvelée à chaque lecteur de ce texte.

Mon fil conducteur était trouvé et mes vignettes cliniques étaient toutes conviées à la construction (ou plutôt l'ébauche) de ce lexique. Me laisser porter par les mots, les images, les sensations - simplement retranscrire ce que chaque mot évoque pour moi - comme autant de fenêtres ouvertes sur ma clinique et mon vécu au quotidien, non pas de psychanalyste comme Pontalis, mais de psychologue à la Communauté Thérapeutique de Flambermont.

Fenêtre

Les fenêtres du « château » de Flambermont : celles qui laissent traverser la lumière tombante de ces beaux couchers de soleil en été, celles par lesquelles je peux découvrir la campagne enneigée en cette fin d'année.

Les fenêtres de mon bureau : pas très bien isolées, il est vrai, elles laissent le froid passer… mais voudrais-je qu'elles le fussent davantage ? Pas sûr… elles me laissent aussi entendre les bruissements de la vie de la Communauté : bruits des outils et des machines sur les chantiers, appels lancés à ceux des résidents qui ne s'y trouvent guère, sur les chantiers - « t'as pas vu Untel ? » - et le ballet des éducateurs, à la recherche du prénommé Untel (ou des clefs !) ; ou bien encore, les pas d'un des « cuisiniers » qui vient ouvrir la « réserve château » en chantonnant pour en extraire les précieuses denrées qui serviront à la préparation du repas, le moteur du véhicule d'un veilleur de nuit qui repart, celui de la voiture de Jacques qui arrive, à moins que ce ne soit Jean-Pierre ? (Les premiers ont leurs heures, ce dernier n'en a pas !). Eclats de voix : parfois des rires, parfois le ton qui monte et des menaces ou des injures qui fusent…

Je repense aux travaux d'Edith Lecourt, une de celles et ceux qui m'ont transmis une part de leur connaissance des théories et de la clinique des groupes - sur ce thème, à découvrir, sa riche et précise Introduction à l'analyse de groupe (2008) - et qui a axé ses recherches (entre autres) sur le sonore dans les groupes (2007). Je le constate tous les jours depuis les fenêtres de mon bureau à Flambermont ou lorsque j'arrive dans l'enceinte de l'institution, le « bruissement » du groupe, si on est à son écoute lorsque l'on pénètre dans un lieu, nous renseigne instantanément sur l'ambiance et la tonalité affective qui le traverse.

Bientôt, nous aurons de nouvelles fenêtres, lorsque nous investirons les locaux que nous avons vu sortir de terre tout au long de l'année. Cette idée me plaît, mais cela impliquera de renoncer aux anciennes fenêtres ! C'est un nouveau point de vue à adopter, un processus de changement à amorcer et à accompagner. Je l'ai vécu dans d'autres institutions : un déménagement ou la création de nouveaux locaux n'est pas qu'une question d'espace matériel ! Il n'y aura pas que des meubles à déplacer et à aménager, mais toute une organisation, un mode de fonctionnement à penser, de nouveaux objets d'investissement… et avec tout cela, des remaniements sur les postures et les identités professionnelles de chacun à opérer [40]*…*

A l'isolation des fenêtres fait écho « l'isolement » de la Communauté Thérapeutique de Flambermont parfois évoqué par les résidents : « On est coupé du monde » ; « j'ai besoin de prendre l'air, ici, à force d'être enfermé entre quatre murs toujours avec les mêmes personnes, on étouffe ! ».

La Communauté Thérapeutique apparaît parfois comme une « bulle », un monde à part, avec ses habitants, ses règles et son espace-temps propres. Elle est décrite par les

[40] *Par exemple, il n'est pas sans conséquence sur l'organisation du travail mais aussi sur les représentations de la place et de la fonction de chacun, que de passer de locaux à plusieurs étages où les points de rencontre entre certains professionnels se limitent parfois aux réunions d'équipe, à un système où tous les pôles disciplinaires seront regroupés au sein d'un même espace : fonctions éducative, médicale, psychologique et administrative. L'ouvrage de Jean-Claude Rouchy et Monique Soula Desroche (2004) est utile (tant en termes d'apport théorique que sur le plan clinique et pratique) pour appréhender ces articulations entre institution et changement.*

résidents tantôt comme un « cocon protecteur », tantôt comme une « prison ». Combien de fois ai-je entendu ces mots : « Ici, c'est pas la vraie vie, à l'extérieur ça ne se passerait pas comme ça » ?

Une bonne part du processus thérapeutique à l'œuvre dans la Communauté consiste à ce que celle-ci puisse pour chacun des résidents se rapprocher peu à peu de ma fenêtre mal isolée plutôt que d'être vécue en termes d'isolement [41] : une limite oui, mais avec une certaine porosité (une barrière non !), une fonction de pare-excitation pourrait-on dire, mais en aucun cas une carapace qui servirait un repli autiste et/ou renforcerait un clivage rigide entre intérieur et extérieur. Une fenêtre, ça s'ouvre !

La fenêtre nous interroge sur ces limites entre intérieur et extérieur, vécu interne et réalité externe et sur la porosité-étanchéité de celles-ci. Les murs, portes et fenêtres de Flambermont, l'enceinte (comment ne pas penser ici à l'enveloppe maternelle ?) de la structure, comme la peau et son correspondant psychique conceptualisé par Didier Anzieu (1985) sous le nom de « Moi-peau ». Les limites corporelles et psychiques du sujet : voilà ce que le processus de soin de la Communauté Thérapeutique se propose de réinterroger et de remanier… ambitieuse expérience, mais ô combien passionnante !

Contrainte

Contrainte et soin : cette articulation/question est très souvent (im)posée sous diverses formes, aux bénéficiaires comme aux professionnels du soin. Cette dimension est clairement présente lorsqu'elle s'accompagne d'une décision de justice via un placement extérieur, mais elle l'est également quelle que soit la situation du résident, au travers de son adhésion au projet de soin de la structure et à son engagement à en respecter le fonctionnement et le règlement.

Dans les groupes de parole, cette thématique est très présente en début de prise en charge, au travers d'une plainte et de revendications face à un règlement vécu comme contraignant et frustrant, voire invalidant/infantilisant. Ne plus disposer de son argent, confier ses papiers à l'équipe éducative, devoir s'en remettre à celle-ci pour engager telle ou telle démarche administrative et, surtout, accepter la période initiale de « rupture » avec l'environnement d'origine : sans sortie, sans visites ou possibilité de téléphoner aux proches. Tous ces éléments sont souvent perçus avant tout comme une privation de liberté, y compris par les personnes accueillies dans le cadre d'un placement extérieur : « Même en prison, j'aurais eu le droit de téléphoner ou j'aurais déjà eu une perm' ! ».

Cycliquement, dans les réunions d'équipe et lors de la « réunion maison » où se retrouvent membres de l'équipe et résidents, ce thème revient également, sous d'autres formes : la participation à telle ou telle activité doit-elle être obligatoire ou non ? Entre la tentation d'imposer aux résidents un emploi du temps et des projets déjà « pré-pensés » et l'attente que « quelque chose viennent d'eux », quelle juste attitude adopter ? L'équipe peut avoir parfois le sentiment de s'épuiser lorsqu'il s'agit de trouver de nouvelles propositions

---

[41] Il est possible de repérer ici ce qui est projeté sur le fonctionnement de la structure (de l'institution) du fonctionnement propre à la structure psychique de chacun, avec ses mécanismes de défense préférentiels : l'isolement renvoie pour les uns à l'isolation des affects, pour les autres au clivage, etc. José Bleger (1971) explique que chaque cadre institutionnel recueille les projections des parties indifférenciées de la psyché des sujets (professionnels et usagers).

(en particulier pour des sorties à prévoir le week-end ou des temps d'activités sportives), puis de pousser les uns et les autres à s'inscrire dans ces différentes activités et enfin de devoir aller chercher (jusqu'au fond de leur lit parfois !) les inscrits au moment où l'activité prévue doit démarrer…

Comment permettre que ce qui est d'abord vécu comme une contrainte extérieure à laquelle on se soumet puisse progressivement être intégré comme « quelque chose » qui prend sens pour soi, que l'on s'approprie ? Comment ne plus être dans le registre de la « contention », mais dans celui de la « contenance » ?

Question corollaire : que vient révéler ce vécu intolérable de la contrainte ? Que recouvre la véritable contrainte ? L'obligation de soin et la soumission au règlement (en d'autres mots, au principe de réalité) ? Ou/et la contrainte de la répétition du symptôme, particulièrement apparente et criante dans les conduites addictives ? Rappelons nous les débuts de la théorisation psychanalytique freudienne et la « Zwangsneurose [42] »… elles étaient déjà bien présentes et repérables dans le processus morbide, ces dimensions de compulsion de répétition en lien avec la pulsion de mort, bien avant leur conceptualisation dans Au-delà du principe de plaisir (1920).

Et quel titre, celui-là, pour ces toxicomanes qui nous racontent sans cesse à quel point ils y sont allés eux, au-delà du plaisir, après la « lune de miel », quand ils font le triste constat pour eux-mêmes que ce n'est plus la recherche du plaisir qui les pousse à « se défoncer » !

Et quelle violence dans ce terme, pourtant si banalement utilisé par eux comme par nous, professionnels de la prise en charge de la toxicomanie, qu'on en oublierait presque la terrible force destructrice qu'il implique ! « Se défoncer la gueule » : c'est bien l'identité qui est ici attaquée. C'est son identité/existence même que le toxicomane met en péril à chaque prise de toxique, peut-être dans une tentative de maîtrise de la terrible menace ressentie (celle d'une angoisse archaïque) qui pèse sur sa vie psychique et sur l'organisation fragile de son Moi.

Contrainte et soin, voilà une articulation/question à l'allure paradoxale (comme les aime D.W. Winnicott (1958) !) : tout processus thérapeutique conduit à revivre un stade de dépendance totale à l'objet (au thérapeute et/ou, comme ici, à l'institution soignante), condition nécessaire à la construction du sujet et au développement à venir de sa « capacité à être seul (en présence de quelqu'un) ».

(re)Présentation

Négociations et « arrangements » autour de chaque point de règlement ou demandes exceptionnelles, consommations déniées lors des retours de week-end au sein de la structure où se rejouent les mêmes rapports entretenus par le résident avec son entourage tout au long de son « histoire de toxicomane » : rationalisation, banalisation et jeux de camouflage [43].

---

[42] *Névrose de contrainte (anciennement dénommée « névrose obsessionnelle »).*

[43] *Très souvent, l'équipe assiste à un moment ou à un autre du séjour à cette période d'auto-accusation, de reproches que s'adresse un résident : « Je n'en prends conscience que maintenant, j'ai menti, trahi, volé ma famille… Je leur en ai fait voir de toutes les couleurs ! ». De toutes les couleurs, à l'image du caméléon : l'art du camouflage, ou comment s'effacer tout en se parant de milles couleurs. Bien souvent, le toxicomane revêt un habillage/maquillage qui lui permet de ne pas exposer son Moi au risque d'une nouvelle blessure narcissique.*

Evitement d'une confrontation douloureuse avec la réalité tandis que, par ailleurs, lorsqu'il s'agit de parler de soi, les consommations sont souvent brandies avec un soupçon de fierté : « On peut dire que j'ai commencé vraiment très tôt » ; « en gros, je touche à tout ». Précocité et diversité des consommations, quantités et mélanges expérimentés et nombre d'overdoses provoquées : le « palmarès » de chacun est souvent mis en avant. Et tous comparent, fascinés (autant admiratifs que terrifiés), les exploits de l'un ou l'autre : « Moi je mélangeais héro et subu ! » « t'as déjà fait une OD toi ? » ; « ouais, j'ai même fait trois TS ! ».

Paradoxe ? Sans doute pas … car ces deux versants participent de la même fonction : préserver un Moi trop fragile de l'exposition au « risque » inhérent à la relation. Face à cet Autre auquel on s'attache et qui peut accorder son attention en retour, mais qui peut aussi s'avérer déceptif, frustrant, rejetant… la relation apparaît au toxicomane comme bien inconstante, imprévisible et dangereuse au regard du pseudo-objet qui lui procure l'illusion de la maîtrise de cette alternance entre plaisir et déplaisir, satisfaction et frustration, complétude et manque.

Quel gouffre identitaire ces sujets tentent-ils de combler, de camoufler et de calfeutrer avec ces litres d'alcool, ces grammes d'héroïne, de cocaïne et ces nuages de fumée de cannabis ? C'est à une belle représentation, parfois très théâtralisée, que nous invite le toxicomane, un bel écran de fumée, un narcissisme enflé (c'est d'ailleurs ce qui ce passe quand on prend un coup, qu'on se blesse : ça gonfle !). Se masquer, se maquiller pour, surtout, détourner notre attention (et la sienne !) du trou béant, de la faille terrible, de la blessure immense et indicible…

Identité bien fragile de ces toxicomanes qui, lors du premier entretien d'évaluation psychologique que je mène à leur arrivée, ne peuvent le plus souvent répondre à mon invitation à dire quelque chose d'eux qu'au travers de l'exposé de leurs consommations. C'est seulement ainsi qu'ils se (re)présentent : « Alors ben… moi c'est surtout l'héroïne, l'alcool et puis les cachetons aussi ».

Cette année, j'ai adopté/adapté une méthode de travail un peu particulière avec quelques résidents, autour de médiations. Pour l'un d'entre eux, notamment, a pris place un travail avec pour support des photographies, dans un dispositif créé à partir du principe du photolangage [44].

Chaque séance commence par un choix de photographies (parmi une palette d'une cinquantaine proposée) en rapport avec le vécu du moment. Après un temps de description formelle de l'image, j'invite Daniel à laisser libre court à ce qui lui vient à l'esprit en rapport avec cette photographie. Le plus souvent, une situation vécue au sein de la Communauté est amenée dans un premier temps, associée à un ressenti émotionnel particulier qui vient ensuite faire écho à des situations passées, lesquelles resurgissent alors. Au cours des séances, en plus des photographies, nous disposons de feuilles blanches, de pastels et de feutres qui, lorsque cela apparaît opportun, permettent un travail de dessin ou d'écriture autour de la photographie retenue… avec, toujours, l'idée de soutenir les processus de symbolisation.

En réalité, la « menace » qui pèse sur celui-ci, la catastrophe anticipée dans la relation n'est que la reviviscence de ce qui est déjà advenu : il me semble en effet retrouver ici, présent et actif dans la clinique auprès des toxicomanes, cette « crainte de l'effondrement » décrite par D.W. Winnicott (1989).

[44] *Le photolangage est un outil conçu par un groupe de chercheurs de l'Université de Lyon comme méthode pour faciliter la communication en groupe et permettre un travail en commun autour des différentes représentations relatives à des thèmes proposés.*

Lors des premières séances, les choix de photos s'avèrent très difficiles pour Daniel et nécessitent des interventions et un soutien constant de ma part. Pourtant, il investit d'emblée très fortement ces séances (il est toujours à l'heure, toujours très « présent », en contraste avec son attitude en retrait et même effacée dans les groupes et au sein de la vie communautaire en général [45]). J'ai la sensation de revisiter avec lui le squiggle winnicottien avec cette aire de jeu interactive et projective, où s'opère un processus de co-création à deux : j'écris un mot, je trace un trait ; il complète, écrit, dessine à son tour et commente… Nous (ré)explorons ensemble les processus de symbolisation, aux origines de la pensée. J'adopte la position d'une mère qui tâtonne pour mettre en forme puis en mots ce qui s'exprime d'abord sur un registre sensori-moteur, bien en–deçà de l'accès au langage.

Au fil des séances, les choix de photographies évoluent (tout comme l'élaboration possible à partir de celles-ci, avec une verbalisation plus aisée à chaque fois). Il s'agit d'abord de couloirs de métro ou de ruelles déserts. Peu à peu apparaissent des ombres, une main, une représentation de soi à peine accessible, encore morcelée… puis un cabanon en bois au milieu des arbres, qui vient signifier l'accès possible à un espace à soi. Plus tard, les choix se porteront sur des animaux… J'assiste peu à peu (à) l'ébauche d'une représentation d'un corps, d'un être, d'un sujet qui tente d'émerger de l'indifférenciation dont un environnement précoce très marqué par l'indifférence ne lui a sans doute jamais permis de se dégager. Lors des interactions précoces avec son environnement, quelque chose de cette fonction de contenance, de mise en mots, de transformation et d'élaboration [46] n'était pas advenu pour Daniel.

Une image me vient pour me représenter le vécu de Daniel et les affects qui le traversent : une mère au regard vide, un miroir qui ne renvoie rien et, pour l'infans [47], un vécu en écho de transparence… à peine une silhouette, une ombre… l'angoisse terrifiante d'une enveloppe vide, d'un corps inhabité, qui n'a pas été investi libidinalement… et que Daniel cherche sans cesse à ressentir comme réel et vivant au travers des sensations procurées par les toxiques.

Départ

Fins de séjour difficiles pour les résidents de Flambermont… L'agir vient souvent court-circuiter la pensée [48] tant la séparation est, précisément, impensable pour nombre d'entre eux. Je suis toujours frappée par le fait que leur histoire de vie est marquée par une série de deuils non faits, de ruptures, de cassures et de fêlures… Ces sujets souffrent d'identifications tenaces à des objets perdus, un parent mort par exemple, et endurent sans répit les reviviscences de ces deuils impossibles…

Leur « réactivité » à la séparation, je la constate aussi dans les périodes de congés (qui viennent rompre le rythme des groupes de parole ou des suivis individuels) dans la

---

[45] Je crois que Daniel n'a tout simplement jamais disposé d'un « espace à soi » et c'est avant tout ce que ce dispositif lui a permis d'expérimenter.

[46] Les approches dites « à médiation » (dessin, peinture, musique ou tout autre support qui permet la création d'une « aire de jeu » dans une dimension interactive et créative) sont particulièrement indiquées pour mettre au travail cette fonction de contenance et de symbolisation. L'objet médiateur favorise cette mise en lien du vécu interne avec la réalité extérieure dans la relation avec le thérapeute.

[47] Celui qui n'a pas encore accès au langage.

[48] C'est ainsi que confronté à l'approche ou à la réalité d'une séparation, un résident annonce qu'il va « faire son sac » ou alors se place dans une situation de conflit d'une telle ampleur avec un autre résident ou avec l'équipe éducative qu'il amène celle-ci à décider de l'exclure.

difficulté à se retrouver lorsque les séances reprennent : retards et absences expriment alors toute la difficulté à se re-« rencontrer », à maintenir un sentiment de continuité et à établir l'assurance d'une relation à un objet fiable malgré les périodes de séparation.

Je pense à Marc. En apparence, ce résident « va bien », « fonctionne bien » pourrait-on dire : très actif et moteur dans la vie de la communauté, sur un mode « hyper-adapté », il répond idéalement au cadre posé par l'institution et aux attentes que l'on pourrait avoir du « parfait résident ».

Lors du départ précipité d'un autre résident, avec lequel il s'était fortement lié, Marc déprime tout à coup. Il exprime un sentiment terrible d'abandon, qui fait écho à de multiples séparations vécues dans son histoire familiale. C'est la panique à bord : pour lui, face aux nouveaux affects auxquels il a à faire face et qu'il ressent comme une catastrophe à venir (des idées noires qui, tout à coup, font irruption, l'envahissent et qu'il ne peut maîtriser). C'est aussi la panique pour les autres, le groupe de résidents comme l'équipe : celui qui entraînait, motivait et s'activait menace tout à coup de s'effondrer !

J'accompagne ce jeune homme dans ce mouvement d'acceptation de ces affects douloureux : il peut s'autoriser à déprimer, à faire contact avec ses parties « qui vont mal » et qu'il s'agit de prendre en charge. Il s'agit, progressivement, d'élaborer quelque chose de ses vécus dépressifs, qui renvoient au deuil mal fait de ses parents mais aussi à des angoisses de mort beaucoup plus anciennes et jamais contenues.

Ce travail passera pour Marc par l'acceptation de rencontrer sa part de fragilité et de destructivité, qu'il tentait de masquer en se jetant dans l'agir/agitation. La reconnaissance et la prise en compte de son état dépressif se traduisent notamment par une mise sous traitement anti-dépresseur proposée par le médecin et qu'il refusait jusqu'alors. Il apprend à être davantage à l'écoute de cette fragilité et il acquiert la capacité d'en communiquer quelque chose aux éducateurs, pour les alerter sur son état et renoncer peu à peu à la surface lisse qu'il nous présentait… celle-là même qui l'empêchait d'accéder à ce qu'il était pourtant (mais inconsciemment !) venu chercher à la Communauté Thérapeutique de Flambermont.

Bibliographie

ANZIEU, D. (1985). Le Moi-peau. Paris : Dunod.

BLEGER, J. (1971). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. In : KAËS, R. et al. (1987). L'institution et les institutions. Paris : Bordas.

FREUD, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In : Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1968.

LECOURT, E. (2007). Quando o gruopo familiar se faz escutar. In : O.B.Ruiz Correa (Ed.) Grupo Familiar e Psiscanalise : Reseonancias clinicas. Sao Paulo : Vetor.

LECOURT, E. (2008). Introduction à l'analyse de groupe. Ramonville Saint-Agne : Érès.

PONTALIS, J.-B. (2000). Fenêtres. Paris : Gallimard.

ROUCHY, J.C. ; SOULA DESROCHE, M. (2004). Institution et changement. Ramonville Saint-Agne : Erès.

WINNICOTT, D.W. (1958). La capacité d'être seul. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1969.

WINNICOTT, D.W. (1989). La crainte de l'effondrement. In : La crainte

B. 220 volts de vie sans produits. Du 12 au 14 juin 2009 : Slovaquie (Xavier, Camille, Christophe,, Mathieu, Hamid, Mikael, …)

220 volts de vie sans produits

Du 12 au 14 juin 2009 : SLOVAQUIE

Educateur, conducteur, thérapeute, infirmier, traducteur (parfois) : XAVIER

Sportifs, touristes (surtout), caméraman, scribe :
Camille, Mathieu, Mickaël, Christophe, Hamid.

Cinq heures, Flamber s'éveille, quelques uns sont venus assister au départ des « aventuriers sportifs ».
Au premier péage automatique, commentaire du grand Xavier aux bras trop courts : « je veux avoir affaire à un être humain ! La machine ne veut pas me donner de ticket ! » et derrière nous les automobilistes changent de file. La machine se met à répondre à nos appels au secours, et finit par accepter le paiement par carte bleue.
La route se poursuit avec des endormis, d'autres un peu moins, et Mathieu qui s'essaie au caméscope.
A un péage surveillé par des gendarmettes on se fait un peu remarquer, mais on passe, même sous les yeux du Chef Schtroumpf !
De péage en péage, nous voyons une indication pour STRASBOURG et Mathieu est en extase : il est tout près de chez lui ! Nous avons hâte d'atteindre l'Allemagne et nous soustraire à ces arrêts obligatoires et payants, et aussi pour faire une pause sur une aire d'autoroute, normalement repérée sur l'itinéraire établi par Xavier depuis sa machine Internet !
Camille gère plutôt bien la caisse commune, mais question animation musicale, elle a de sérieux progrès à envisager (son CD mix-up avec les voyelles « A – E – I – O – U » et la chanson 17 pour les consonnes nous exaspère …
En approchant de Verdun, nous avons notre leçon d'histoire par Xavier : « c'était la guerre de position, ils avançaient de tranchée, en tranchée, reculaient de tranche en tranche… ». Mais combien de découpages dans tout ça ?

Après encore des centaines de kilomètres d'autoroute, de péages, d'Aznavour dans le poste, des péages, des camions, des centrales nucléaires, des alternances de chauffeurs (Xavier / Christophe), des odeurs de fromage de notre cantine, nous approchons enfin de l'Allemagne, pays de la saucisse !

Après un arrêt pique-nique de Reblochon, salade… sur le banc d'une station service, nous repartons et passons au stade des comparaisons : « Tiens ! un château ! un resto ! un village ! on n'en a pas des comme ça chez nous, et ils ne se plantent pas comme des choux ! Tiens, un Mac Do, et lui, il est comme chez nous !
Une petite chose diffère cependant chez nos cousins Germains : ***leurs GROSSES et BELLES voitures !***
On repère même une très belle Peugeot, mais qui n'égale pas les Volkswagen et Mercédès.

A partir d'un nouvel arrêt en station d'autoroute, nous commençons à prendre conscience de la « barrière de la langue ! » voire même d'une véritable « muraille

Enfin nous approchons de Vienne et Xavier (apparemment trilingue) : « Where is campingplatz, bitte ? ».
Les tentes sont installées, le voyage pour aujourd'hui est terminé, nous allons « gravaille » sans oublier « la liche ». Nous irons ensuite nous coucher. Pendant la nuit Mathieu est alerté par un bruit à l'extérieur de notre tente, il réveille Hamid, lequel va prévenir Xavier qui, lui, pense à protéger ***LES MEDICAMENTS,*** *avant même nos papiers et la monnaie ! Un simple « RAOUSS » de Mathieu fait fuir nos visiteurs aux mauvaises intentions.*

A notre réveil, Xavier suggère une visite de Vienne. Nous nous y rendrons en métro au risque de voir de camion dépouillé à notre retour. D'un point de vue architectural, la ville est magnifique avec son mélange de contemporain et de constructions anciennes. En prenant le petit déjeuner en terrasse, nous observons notre entourage : de nombreux carrosses conduits par des cochers, des filles très belles, des bus et métro où sont suspendus des journaux et magazines, des distributeurs de cigarettes (beaucoup moins chères qu'en France) dans tous les coins…
Nous reprenons ensuite la route pour Bratislava, ***SLOVAQUIE, nous y sommes !*** *Un Mac Do, où nous avons rendez-vous avec notre guide Yana (Jeanne en français). A 15 h 40 arrivée de cette dernière : « bonyour Yavié ! ». Elle nous guide sur environ 30 km, avec une météo alternant pluie et soleil. Plus nous approchons, plus le stress s'installe, les mains sont moites, les cœurs battent… Et nous voilà devant l'entrée du camp de Tomky où toutes les autres communautés sont déjà installées. Pendant que nous montons notre propre campement, les autres s'entraînent au foot, au volley… On les regarde, ils nous regardent, … on se sent épiés. Mais, nous ce qu'on voit, c'est qu'ils semblent très très bien entraînés, eux ! Mais, on s'en fout un peu, l'essentiel est de participer !*
En fin de journée, sous l'œil des animateurs, de la Directrice, puis du Maire, toutes les équipes communautaires sont réunies en cercle, présentent leurs logo et le drapeau de leur pays, et remettent le présent !

Le lendemain : notre premier p'tit déj. : saucisses, tomates, poivrons, concombres, beurres, confitures et ***UN CAFE*** *! Puis, au risque de paraître ridicules, nous sortons un ballon, et Hamid son carnet de notes. Une petite note intello dans un monde de « brutes » !*
Les vraies épreuves commencent par un tir à la corde, avec Camille, Xavier, Mickaël et Christophe : tous les quatre « avalés » en moins de dix secondes ! Tous souriants, ils se promettent un « quinze secondes » pour la prochaine tentative. Cette fois les concurrents pour

la France seront les mêmes, à l'exception de Xavier, remplacé par Mathieu. Malgré les supporters ramenés par Janka, nous nous inclinons en cinq secondes.
Décidément, sans Obélix et sans potion, nous ne valons pas grand-chose. Les autres, leur potion c'est ***LA SAUCISSE !***
Au déjeuner justement, on nous sert des saucisses… Nous aurons peut être plus de chances, ou de forces pour les autres épreuves.
C'est d'ailleurs juste après le repas que débutent les épreuves féminines où Camille sautera à la corde, lancera le rouleau à pâtisserie, retiendra un verre plein d'eau en équilibre sur la tête face à des adversaires beaucoup plus entraînées. Il est bon de noter la dangerosité de l'épreuve du lancé de rouleau, l'un d'eux a blessé un spectateur… Le danger se situe en effet dans les rangs de supporters ! Le premier et meilleur lancé de Camille affiche une distance de 9,40 m. ; le meilleur score de 27,40 m n'est pas envisageable pour une autre que celle qui l'a réalisé (beau gabarit la fille !).

Lors d'une pause, Hamid est interpellé par un gars au sujet de la différence entre rap et slam, en effet, la veille, le français avait fait une présentation d'un de ses textes.

L'épreuve des verres arrive. Cinq filles au départ ! Camille, casaque rouge (mais maillot rose) démarre. Le plus difficile étant de garder le verre sur la tête, inutile de chercher la vitesse ! Elle y parvient, pas une goutte sur elle, mais au fur et à mesure les courses sont de plus en plus rapides, et de plus en plus rapprochées. Elle se plaint d'un mal de tête et grogne sur son piètre résultat. Mais qu'importe ? « Camille, tu sais bien, l'important est de participer ».
Camille, toujours, aux épreuves féminines, saute bien à la corde, mais une des candidates de Fénix est impressionnante. Sa vitesse et la qualité de ses sauts impressionnent la Française. Pourtant là, c'est l'endurance qui compte, mais Camille se lasse de nos conseils et on s'entend dire : « arrêtez de me prendre la tête, j'suis pas venue pour gagner ! ». Elle devient de mauvaise humeur, on laisse tomber.

Après les filles, temps de repos : Camille sieste dans sa tente, Mickaël aussi, Mathieu tourne en rond, Christophe et Xavier taillent une bavette avec Janka et une autre thérapeute.

A partir de 15 h. nous devons réaliser un logo pour notre équipe. Christophe amène l'idée du slogan qui sera le notre dorénavant : Camping Communita Cup 2009. Toutes les « œuvres » seront présentées et commentées ensuite en grande réunion sur le terrain de foot. Pour la France, Christophe défile avec notre dessin pendant qu'Hamid le commente au mégaphone, traduit et enjolivé par notre interprète, ça l'fait !

Questions quiz, les équipes doivent être composées d'un garçon et d'une fille, nous désignons donc Camille ! (la pauvre, elle est la seule) et Hamid. Mais ils ne sont pas plus doués l'un que l'autre en anglais, et ne comprennent pas les questions, et à fortiori les réponses !

Nous poursuivons par un match de volley. Notre équipe insuffisante en nombre se voit complétée par un membre « prêté » par une autre équipe, en l'occurrence une fille. Au score de 10/2 : ***ON A GAGNE, ON A GAGNE !***
Enfin : le foot : Xavier, Christophe, Mathieu, Mickaël, Hamid, (Camille : remplaçante). L'équipe à battre est celle de Fénix dotée d'énormément de supporters.

Une soirée autour d'un feu après de nouvelles ***SAUCISSES*** *au dîner, un repos bien mérité mais dérangé par le froid durant la nuit. Hamid a gardé sa mauvaise humeur depuis la défaite*

française au foot, mais ce dimanche, il faut encore assister à la remise des récompenses. Xavier, caméra au poing réussit à obtenir une OLA. Notre prix est remis à Mathieu, très étonné sous les ovations de la foule.

Et, début d'après-midi, nous repartons pour 1500 kms de route. De même qu'à l'allé : alternance de paysages, de chauffeurs, d'arrêts pipi – café … Une halte d'une nuit en camping un peu avant Regensburg. Il pleut, il nous faut monter les tentes en un temps record.

Dur dur le retour. On est fatigués, les contrôles douaniers nous saoulent, les péages d'autoroute aussi. Plus nous approchons de notre communita plus nous comprenons que s'achèvent les 220 VOLTS DE NOS VIES SANS PRODUITS …

Comme à notre arrivée à Tomky : le silence règne dans le camion, mais cette fois, nous savons ce qui nous attend à Flambermont, des animaux que nous connaissons, apprivoisés et compréhensibles mais peut être plus dangereux ?
Nous revenons à nos vies, vies d'anciens… de Nouveaux ?

Compte rendu original réalisé par Hamid,
Résumé par Eliane HERRAULT

C. ***Epopée fantastique de 8 « échappées » de Flambermont vers Odense au Danemark pour les olympiades des exclus (Pascale, Xavier et Eliane, Camille, Hamid, Madani, Stefane, Mathieu…)***

Epopée fantastique de 8 "échappés" de Flambermont vers Odense au Danemark pour les olympiades des exclus !

Du 20 au 24 Août 2009

A partir du 28 Juillet 2009, l'équipe éducative décide du groupe qui représentera La France lors de ces olympiades internationales : cinq résidents avec chacun des fonctions et des activités sportives attitrées, la Chef de Service : Pascale, et un Educateur : Xavier.

Le départ du château a lieu le Jeudi 20 Août à 6 h. pour une arrivée à Odense à 20 h.

L'accueil sur le site, tout d'abord par Eric (le correspondant français de Pascale au Danemark), y est formidable, le site stupéfiant, la température largement supérieure à celle annoncée. Après un rapide tour d'horizon des divers lieux constituant notre résidence de 3 jours, nous sommes conduits au campement international pour installer tentes, matelas, duvets, le tout fourni par l'organisation et à remporter à notre départ ! Incroyable ! Cadeaux !

1000 participants sont annoncés : stupéfiant aussi, pour douze pays représentés : La Lituanie, La Géorgie, L'Allemagne, La Suède, Le Danemark, La Tchéquie, La Slovénie, La Russie, ***LA FRANCE !!!*** *La Hollande, La Norvège, Le Groenland.*
La langue la plus usitée est l'anglais, nous réussirons donc à nous faire comprendre et de plus, des interprètes bénévoles ont été choisis pour nous par l'organisation des jeux.

Le camping c'est l'aventure ! d'autant que notre première nuit se passera sous une pluie battante orageuse.

Vendredi 21 Août 2009 *- 6 h. : Hamid :* « Allez les Frenchy ! On va rater le p'tit déj. !!!! »
Pascale : « C'est terrible, j'ai eu l'impression toute la nuit qu'il y avait quelqu'un sous mon matelas ! »

Douches / W.C. (installations écologiques, confortables mais peu intimes).
Vers 7 h. nous nous servons un copieux petit déjeuner dans l'immense barnum et Stéfane commence ses films, interviews et commentaires tandis que nos « team-managers » (Pascale et Xavier) sont en réunion « managers meeting ».
Puis, Pascale, Camille, Madani, Hamid, et Eliane se dirigent vers le bowling pour entrer en première compétition, tandis que Xavier, Stéfane et Mathieu vont, eux, entamer leurs rencontres en tennis de table.

Stéfane s'affronte, pour la première fois, à celui qui deviendra plus tard un véritable concurrent à toutes épreuves, le Danois John Clifford lequel bat notre cher français au score de 10 à 8, malgré les ovations et hurlements de tous ses supporters ! ***NOUS, les français !***

Toujours au tennis de table, Xavier rencontre Thomas (encore un Danois). Pascale (pourtant fervente supportrice) nomme cette rencontre : « le repêchage de perdants ». Et là : Xavier l'emporte au score de 11 à 9.
Vers 12 h. : le déjeuner-sandwich est servi dans la halle aux sports et

dans pareil cas, inutile de demander à Hamid la saveur du sandwich ! La « gamelle » c'est la « gamelle » et ça se respecte !

Puis de nouveau Xavier joue contre un autre Danois et le bat au score de 11 à 4. Mathieu, lui, gagne contre un Allemand et en rencontrera un autre, auquel il arrachera de nouveau une formidable victoire.
Nos deux Français se retrouvent en quarts de finale où malgré leurs défaites, nous considérons leurs prestations comme d'excellentes performances. Les supporters, nous les cinq autres français, sommes vainqueurs en tribunes !

Plus tard nous nous rendons à l'Athlétic stadium où Stéfane se lance dans le javelot (ou le contraire ?) mais une fois de plus, il est en compétition contre John Clifford !

Dis-nous Stef : Est-ce un sourire de futur vainqueur ? ou de futur revanchard ? La suite des compétitions nous en dira plus….

Aux 400 mètres Hommes, Mathieu se place en 5ème position, et Hamid en dernière.

En attente de la compétition des 1500 mètres, notre responsable des relations publiques : Madani (dossard n°31), aborde deux Groenlandais !!!

Les uns comme les autres semblent passionnés, nous ne connaissons cependant pas leur langage, peut être celui de l'inclinaison de la tête ? mais pas celui des mains, elles sont dans leurs poches, ou au bout de leurs bras

***1 500 mètres Hommes**, Xavier se place 3ème, Hamid et Mathieu abandonnent (manque d'entraînement évident !)*

Imperturbable notre Xavier, même après une telle épreuve !

100 mètres Femmes :	*Camille :*	*3ème / 6*	*Eliane :*	*4ème / 6*
100 mètres Hommes :	*Mathieu :*	*2ème / 8*	*Madani :*	*6ème / 8*

Après tous ces efforts et belles performances de notre première journée, nous rentrons au camp, douches etc… puis petit café sur la place centrale en attente du dîner à partir de 18 h. La file d'attente devant le barnum est phénoménale et il est presque comble. Le repas semble étrange mais fort bien consommable (il suffit de s'en référer à Hamid, le vainqueur de gamelle !).

19 h. : Hamid dispute une rencontre d'échecs, qui s'est avérée bien porter son nom au vu des 10mn qu'il lui a fallu pour rejoindre le reste du groupe en cours d'inscription au concours de pétanque.

Retour à la pétanque, les trois équipes constituées sont :

French One : Stéfane–Mathieu/French Two : Xavier–Eliane/French Three :Camille–Madani.

Les sourires du duo constituant l'équipe « French three » sont très prometteurs !

L'atmosphère se rafraîchit ; le café coule à flots et les supporters français sont surexcités en rentrant au camp vers 23 h. à l'idée de voir leurs « pétanqueurs » médaillés en finale samedi.

***Samedi 22 Août 2009** après une nuit très fraîche dans les igloos, nous nous levons tous vers 6h30 pour le petit déjeuner, très copieux et varié. A partir de 9 h. nous rejoignons tous le stade d'athlétisme où Mathieu, Hamid, et Xavier s'inscrivent pour le 100 M., ainsi qu'au saut en longueur pour Mathieu et Hamid.*

Plus tard pour l'épreuve de saut en longueur : « Matious from France » et « Hamid from France » sont appelés par le micro. Ça fait vraiment très « pro » ! Les résultats nous en diront plus d'ici quelques minutes.
Mathieu : 4,33 m. se trouve en 4ème place derrière un Tchèque à 4,42 m. Hamid nous commente son résultat : « putain, pas possible ! : 2,75 m. ».
Ensuite : préparation du 100 mètres,

Echauffement … Quelle souplesse ! Cher « Matious from France » !

*et enfin, la course : **Hamid :** 5ème/5 : 15,06 s. - **Mathieu** : 2ème/5 : 13,25 s.- **Xavier** : 4ème/5 ? secondes*

Suit la préparation de la compétition de tandem : un demi tour de piste pour l'entraînement de nos deux équipes en compétition, à savoir : Hamid / Xavier (grand tandem obligatoire !) et
Camille / Madani (tandem ordinaire !).
En attendant « le coup d'envoi » et malgré quelques nuages, nous occupons la pelouse du stade, pour une sieste (bien méritée pour certains : Hamid, Madani, Camille, Eliane, et même peut-être un peu Pascale).

Enfin nos deux équipes françaises interviennent sur leurs « machines » pour trois tours de piste chacune. Belles performances, mais ils ne seront pas qualifiés pour les finales.

De retour au UL VILLAGE, John Clifford, le « bon à tout » serre la main de son adversaire au tennis de table, à la pétanque… c'est-à-dire Stéfane.

Après le dîner : la finale de pétanque ! Nos compétiteurs sont stressés, mais leurs supporters sont fin prêts, notamment Xavier équipé d'un tam-tam de fortune destiné à scander les bons coups ; et il le fait ! Tant et si bien, que Camille lui demande un peu de discrétion tant pour elle et Madani que pour leurs adversaires, des Allemands (fort sympathiques). Concentration vaine, puisqu'ils perdront cette rencontre au score de 13 (Camille-Madani) contre 8 pour nos gentils Allemands.

En ce même temps le micro appelle Stéfane et Hamid « from France » pour disputer l'épreuve dite « strong man ». L'épreuve consiste en un temps record à :

- *Nouer avec force une énorme corde, de façon telle que l'adversaire passe un temps fou à la dénouer à la fin de son parcours,*
- *Puis de courir vers la casse d'une plaque de plâtre du tranchant de la main,*
- *Puis d'aller, toujours aussi vite, tordre trois capsules métalliques,*
- *Et taper très fort trois fois de suite avec une masse, sur le socle d'une tour graduée, de façon à faire sonner le gong situé au sommet de ladite tour,*
- *Ensuite, aller enfoncer à coups de marteau 3 grands clous sur une buche de bois,*
- *Et enfin, aller dénouer la corde de l'adversaire.*

Hamid affiche un temps d'1,54 mn, tandis que Stéfane avec 1,31 mn bat à plate couture le « satané » John C[illegible]

« Strong Men » ou grandes gueules ? Les deux probablement !

Retour vers nos pétanqueurs : Camille/Madani très fair-play sont confrontés à un duo de Suédois auxquels ils laissent la victoire : 13 contre 1 !

Vaincus en pétanque, les Français poursuivent néanmoins la soirée en musique dans le grand barnum avec l'animation du groupe les « Blues Brothers souvenir ». Très bonne ambiance, mélanges de genres, de races, d'âges, de styles… Mais aucune embrouille au sein de tous ces « exclus » réunis ici dans un esprit de fête, de sports et de bonne humeur.

Dimanche 23 Août 2009 : *Au lever, le groupe se plaint du froid, de l'inconfort du camping, et le plus grave, pour Pascale et Xavier, des* ***« bêtes féroces »*** *qui ont « gratouillé » leurs matelas toute la nuit. Nous saurons plus tard qu'il s'agissait de taupes !*

Aujourd'hui, tout (les finales, les « Award ceremony », le lunch) se déroule à l'athlétic stadium.
Nous assistons aux épreuves notamment de 400 m. hommes, tandem, football, 1500 m. hommes, 100 m. dames (avec POUR LA FRANCE : ***CAMILLE !!!****), et enfin, le 100 M. Hommes (8 candidats au départ) dont, POUR LA FRANCE :* ***MATHIEU !!!***

Mathieu 3ème !!! : la médaille est assurée. *Il n'y croit pas, il est fou, il embrasse tous ses adversaires, les meilleurs, les moins bons… : une véritable explosion de joie !*

La cérémonie de remise des récompenses nous paraît longue nous n'attendons que notre ***Mathieu*** *sur le podium, avec sa médaille de bronze autour du cou, sa coupe dans une main, les autres cadeaux dans l'autre.*

Nous démontons au plus vite notre campement, saluons nos concurrents de trois jours, et nous rendons à Odense pour fêter la victoire de ***Mathieu !***

Puis…
Nous reprenons le chemin du retour, pendant lequel, pour tenir notre chauffeur Xavier éveillé jusqu'au-delà d'Hambourg, nous « KARAOKONS » sur les chansons des ENFOIRES ! et autres jeux genre « cadavre exquis », histoires délirantes, mais le tout efficace, car nous arrivons sans encombre à Flambermont lundi matin 24 août à 8 h : Juste le temps d'un petit déjeuner, et puis :

à 9 h.00: la réunion du lundi !

- - o 0 o - -

E p i l o g u e

A l'unanimité nous dirons que ce voyage très long, nous a menés vers un séjour trop court, très chargé en activités, en rencontres, en échanges, en émotions, en convivialité, en réussite et en espoirs. Globalement, de l'accueil jusqu'au départ, nous avons eu à faire à une organisation parfaite, tant au niveau des compétitions, qu'à celui de l'hébergement, des repas, de la propreté du site, de la communication entre concurrents…

Très belle expérience,

A reconduire…

Le vendredi 28 Août, une journaliste du Courrier-Picard vient prendre des nouvelles de notre « champion » médaillé de bronze et fait paraître un article complet sur l'expédition danoise et sur la Communauté de Flambermont dans le quotidien du 1er septembre 2009.

Par ailleurs, Madame le Maire de Beauvais, écrit personnellement à Mathieu, une lettre de félicitations, et d'encouragement pour la poursuite de ses activités au sein du SATO ; cette lettre lui parvient à la veille de ses vingt cinq ans ! Quel magnifique cadeau venant compléter sa joie de réussite et de détermination.

Au sein de Flambermont, nous remercions les promoteurs de cette expédition, en souhaitant que d'autres résidents aient l'occasion de nous y succéder.

Compte rendu original rédigé et résumé par Eliane HERRAULT

D. L'atelier création

Historique…

Il y a cinq ans lorsque le projet d'un atelier de création avait été soumis aux résidants, nombre d'entre eux avaient gloussé. Associé à un « club du troisième âge, un centre aéré ou une bonne planque… » Mais jamais, au grand jamais envisagé comme un chantier à part entière. Beaucoup faisaient l'amalgame avec les ateliers occupationnels proposés dans certaines institutions. Les premiers volontaires, (parce qu'il y en a eu…!) ont du faire preuve de courage, de ténacité et être doté d'un solide sens de la dérision pour faire front aux moqueries quotidiennes de leurs congénères. Ainsi donc est né l'atelier de création… dans la dérision ! Au fil du temps, le projet s'est affiné, un intérêt collectif à émergé et l'atelier s'est révélé être un bon support pour mener à bien une action éducative ayant pour :

Objectif général

- *La valorisation de l'estime de soi*

En passant par des objectifs intermédiaires tels que

- *Faire découvrir un savoir faire pour enrichir un savoir être.*
- *Eveiller et développer les capacités et la personnalité.*
- *Contribuer à la stimulation des capacités mentales et motrices.*
- *Ouvrir à la dimension créative.*
- *Favoriser l'autonomie.*
- *Créer une dynamique de groupe.*
- *Favoriser l'écoute et l'échange.*
- *Faire fonctionner son imaginaire.*
- *Prendre du plaisir à….*

Cet atelier devait également être une opportunité de faire connaître notre structure, son fonctionnement et ses résidants auprès des habitants de Saint Martin le Nœud qui, s'ils nous ont bien accepté n'en demeurent pas moins très ignorant de notre action… Nous avons donc exposé notre projet au comité des fêtes qui nous a immédiatement proposé a titre gracieux un emplacement sur le marché de Noël afin que nous puissions exposer et « tenter de vendre » notre production. Nous étions en septembre, nous disposions de trois mois et demi avant la date d'exposition. Cette perspective nous permettait de mettre au travail d'autres objectifs tels que :

- *S'impliquer dans un projet à moyen terme.*
- *Savoir mener à bien un projet donné dans un temps limité avec un budget définit.*

Mise en place de l'atelier et cadre

Globalement, l'atelier fonctionne en tout point comme les autres chantiers (horaires, assiduité…). Nous avons pourtant dû, au fil des années, nous rendre à l'évidence. Dans cet espace où le plaisir de faire mènera à la créativité, il nous faut permettre aux résidants de découvrir l'activité par quelques séances afin de les aider à surmonter un manque de confiance face à un savoir faire inconnu. La notion de plaisir, l'estime de soi et le désir sont des objectifs qui, s'ils sont travaillés tout au long du séjour, ne prennent un véritable sens qu'au bout de quelques mois au sein de la structure.

Cette année le thème choisit était « le carton ».

Pourquoi le carton ?

Souple, permettant les formes les plus folles, léger, relookable à souhait, recyclé et recyclable il nous semblait être un bon support pour mener à bien une action éducative ayant pour but d'éveiller et de développer les capacités et la personnalité des résidants :

*« **Découvrir un savoir faire pour enrichir un savoir être »***

Une fois la technique maitrisée chacun peut laisser libre cours à son imagination.
Concevoir et réaliser des meubles solides, fonctionnels et esthétiques avec pour tout matériel du carton, de la colle, de la peinture et divers papiers décoratifs, tel étaient le challenge.

Après avoir exposé le projet avec des prototypes préfabriqués à l'ensemble de la communauté nous avons initiés aux techniques de base les résidants qui souhaitaient en faire l'expérience.

Au terme de cette initiation, le matériel nécessaire à l'élaboration de quelques objets a été mis à leur disposition. Chacun à été amené à se tester sur les différentes phases d'élaboration aidé si besoin était par l'encadrant.

Trois résidants ont souhaité ou accepté de relever le défi… Et nous devons reconnaître que les élèves ont très vite dépassé les maîtres… !!!

L'atelier à été un espace de création mais aussi d'autonomisation. Le stock, les commandes de matériel, le budget ont été entièrement pris en charge par les trois résidants qui se sont partagés les tâches et ont fait preuve de beaucoup de rigueur. Leur esprit créatif leur à très vite permis de mettre de coté les modèles fourni pour laisser libre cour à leur imagination. Leur travail c'est affiné faisant apparaître de l'harmonie dans les formes, de l'esthétique dans les choix de décoration.

Lors de l'exposition sur le marché de Noël notre stand a suscité beaucoup d'intérêt et de questionnement pour une technique encore peu connue. Si nos « artisans » ont beaucoup apprécié être ainsi interpelés et félicités sur la qualité de leur travail, ils ont malgré tout été déçus par le chiffre de vente réalisé.

Déçus au point de baisser les bras ?

Non, un nouveau challenge se profilait… Avec un peu de recul et d'analyse de la situation il leurs est apparu que s'ils proposaient des articles de qualité estimés à leur juste prix, la nouveauté du concept avait joué en leur défaveur. Après la conception et la réalisation, un peu de marketing s'imposait.

Un rendez vous a été prit avec la responsable du bar associatif « l'écume du jour », partenaire de notre association qui dispose d'une salle d'exposition. Ils y présenteront leur production la dernière semaine de février. Pour couvrir l'évènement ils se sont mis en relation avec divers journaux locaux qui ont été invités à se déplacer sur Flambermont pour y découvrir l'atelier, son fonctionnement et sa finalité. Des cartons d'invitations pour le

vernissage sont en cours de réalisation dans l'atelier. Ils seront envoyés à nos partenaires sociaux.
Au mois de mars une seconde exposition se fera au CSST de Creil.

A ce jour nous ignorons si cela suffira à rassurer le public sur la robustesse et la fiabilité du meuble en carton mais ce dont nous sommes certains c'est que ces évènements seront l'occasion de rencontres et de partages avec l'extérieur.

Pour connaître la suite de cette saga….
Rendez vous l'année prochaine !

C.C. : « Les premières fois, j'imaginais des choses faciles à faire et pas du tout solides. Plus le temps passe, plus je comprends que ce n'est pas le cas : En ayant une rigueur dans la coupe du carton ainsi que dans la construction des renforts, on peut arriver à des choses solides et belles. Ce qui est vraiment sympas, c'est que la fabrication peut aller au gré de son imagination. Au fur et à mesure, on arrive à construire de belles choses, bien finies. J'ai trouvé beaucoup d'intérêt dans cet atelier, retrouver la patience que j'avais un peu perdu, le plaisir de construire, apprendre quelque chose que je ne connaissais pas…

F. : « Je n'imaginais pas ce que l'on pouvait faire avec du carton de récupération. Cela m'a appris la patience pour créer des meubles et autres objets. Je me doutais que ce ne serai pas facile mais tout s'apprend, c'est l'intérêt que j'ai trouvé dans cet atelier, ainsi que de réaliser du concret. Ca a été très intéressant, et cela m'a apporté un peu plus de confiance en moi ».

C. : « En ce qui me concerne, je n'y croyais pas : Faire des meubles en carton, c'est du délire et en plus, destinés à la vente. Je m'oppose à la mise en place de cet atelier lors d'une réunion. Ensuite, poussé par l'équipe, j'accepte sans trop y croire d'y participer. J'essaye le tracé, la coupe, l'assemblage et les finitions pour trouver où je peux m'exercer. Tout de suite je réalise que l'idée serait de tout essayer. Je me lance en me posant beaucoup de questions. En tout cas c'est une découverte pour moi. Je ne veux pas dire que je sais faire… Mais la technique et le savoir-faire appris sur place avec mes collègues et encadrants m'ont aidé sur l'évolution et l'assurance de croire que petit à petit, c'est possible d'y arriver. Il faut bien sûr de la volonté, du sérieux et de la détermination. Il faut se donner le moyen d'aller de l'avant. Se former davantage et vendre la production serai une satisfaction pour tous ! »

L'équipe de l'atelier création, Valérie FRANCOIS

E. L'atelier d'écriture

ATELIER D'ECRITURE
de la communauté thérapeutique
de Flambermont

L'atelier d'écriture de Flambermont a connu durant l'année 2009 un réel enthousiasme et une grande fidélité de la part des résidents volontaires.

Plusieurs facteurs entrent en jeu dans l'acte d'écriture qui peuvent expliquer l'importance qu'a recouvert ce rendez vous hebdomadaire.

On peut déjà noter que ceux qui viennent à l'atelier et persistent le font autant par curiosité, désir de développement personnel ainsi que par besoin d'apprendre à se situer par rapport aux autres.

Les relations à l'écrit sont cependant très diverses.

Il y a eu
ceux qui aiment déjà et qui prennent du plaisir régulièrement à travers une correspondance avec leurs proches,
ceux qui ont aimé il y a longtemps et qui rencontrent à nouveau et différemment le plaisir des mots ceux qui, fâchés depuis l'enfance, découvrent grâce à une approche ludique et impliquante, un chemin qui bien que restant difficile contient suffisamment de sens pour légitimer l'effort
et pour finir il y a ceux qui n'y croyais pas et qui vont oser et se retrouver devant leur mots comme des enfants devant une terre nouvelle.

Déroulement des ateliers

Un rapport à la consigne
Chaque atelier se construit à partir de jeux impliquant des consignes d'écriture la plus part du temps respectées. L'expérimentation de la consigne facilitatrice de liberté et d'ouverture est vécue comme une expérience nouvelle à travers laquelle la contrainte est une ressource donnant un cadre tout en éveillant l'imagination.

Une prise de conscience et de confiance

Oser écrire s'est mettre en jeu une certaine dose de courage, ce qui sera possible grâce à un contexte hors jugement, détendu et convivial, dédramatisant la situation.
Parfois l'un d'entre eux arrive triste ou préoccupé ressentant une grande difficulté à se concentrer ou simplement à être présent. Il arrive souvent que la situation évolue et que l'énergie du groupe permette une présence et déclenche un texte .Quand la tête est trop vide ou trop pleine d'autre chose.
La lecture des textes venant d'être produits est aussi l'occasion d'être en contact avec le texte que l'on aurait pu écrire.

L'attention, l'écoute et le respect du travail d'autrui

Il n'y a jamais eu de toute l'année un seul manquement lors de la lecture des textes.
Il a été vécu comme un moment privilégié et a été très apprécié. Une concentration de tous et des marques d'intérêt et d'émotion sont régulières. Les textes sont accueillis, le silence pendant les lectures atteste de l'estime que chacun apporte au travail de l'autre.

Une approche des auteurs et de la littérature

Chaque atelier est introduit par la lecture d'un extrait d'un roman, de poésie.
Écrire c'est être en relation avec l'écriture des autres, de ceux qui en font leur métier, de ceux qui vivent dans et à travers les mots.
C'est aussi une belle façon de poser ce moment que nous allons vivre ensemble et d'éloigner les diverses énergies de la journée tout en installant un cadre de qualité.

Exemples de jeux d'écriture

C'est comme	*Il y a ...*
Cadavreski	*Sauf pour ceux qui...*
Acrostiches	*carte mentale*
Logorallye	*portrait chinois*
textes coupés	*j'aime, j'aime pas*
Début-fin	*inventaires*
Phrases d'accroches....	*….....*

***Nombre de séances** dans l'année: 40*
***Nombre de personnes** ayant participé à l'atelier: 29*

12 résidents sur 29 n'ont pas souhaité poursuivre après la séance de découverte imposée.
Trois ayant vécus l'atelier au cours d'une résidence antérieure ont souhaités revenir.
Une session correspond à environ 6 ateliers d'écriture.
8 ont participé à une session.
9 ont participé entre 2 et 5 sessions

Certains font des pauses entre les sessions pour revenir plus tard.

Lors d'un atelier, à partir de l'acrostiche ECRIRE, les écrivants participent au bilan.

Envie,
Coup de cœur,
Réagir,
Idéal,
Rêver,
Écriture

J'ai connu l'écriture il y a trois ans. A l'époque c'est un endroit où j'ai eu le coup de cœur pour le lieu et les personnes qui l'anime. Je me suis découvert à travers les jeux d'écriture et cela m'a fait réagir dans mon soin. Je me rappelle aussi de cette fête des savoirs où l'on m'a fait confiance et donner quelques responsabilités. Le rêve quoi ! A l'époque, je n'allais pas forcément bien et c'est l'une des premières fois où je me sentais utile et investi dans ce que je faisais. L'écriture m'a fait découvrir des capacité que j'avais mais que je n'exploitais pas. C'était l'endroit idéal pour poser des mots sur mes maux. Cela m'a redonné envie de vivre et de me battre pour mes convictions. S'affirmer, échanger avec les autres participants, écouter les textes rapportés par chacun. Voilà un lieu qui vit et qui ne juge pas, comme trop souvent on m'a répété à l'école. Ici je me sens bien et je ne raterais ce moment pour rien au monde. Une grosse bise à Joëlle et Dominique qui sont gravées dans mon cœur et merci de faire vivre un tel endroit où tolérance, partage, échange et de multitudes de choses remplissent ces lieux et longue vie à l'Ecume du Jour, à tous les écumeurs et toutes les écumeuses.

DAMIEN

Élaborer,
Créer,
Relire,

Interpréter,
Raconter,
Exprimer,

A l'atelier d'écriture, j'exprime avec un stylo çà sort plus facilement que à l'oral. Je crée des phrases qui me viennent à l'esprit sans les juger. Je raconte mes textes au groupe mais aujourd'hui j'arrive pas à l'élaborer.

MATHIEU

Estime de soi,
Courage,
Rire,
Inestimable,
Rose,
Écriture,

Écrire, écrire quoi, tout s'embrouille dans ma tête, je ne sais pas quoi écrire mais il faut écrire, alors j'écris, un bateau qui s'en va avec mes mots, un vide qui ne veut pas se remplir. Aujourd'hui c'est pas mon jour, je rame et çà fait mal. L'inspiration est partie faire un tour ailleurs, alors j'écris ce qui passe dans ma tête, et dans ma tête il y a des nœuds qui ne veulent pas ce dénuder ou alors c'est l'électricité qui disjoncte voilà je vous ai écrit le vide de mon armoire.

ABDEL

Ennui,
Capsule,
Réservé
Improviser
Route,
Exercice

je ne m'ennuie jamais à l'écume
MAIS
je suis trop souvent dans ma capsule
pourtant cela est paradoxal je suis peu réservé
à l'Ecume, on doit improviser, chose que je fais rarement
j'ai une route toute faite et j'arrive bientôt à la fin
cet exercice que je fais tous les mardis ne m'ennuie pas, cela me change de la structure où là je m'embête.

MUSTAPHA

Écouter
Cris
Retour
Instinctif, Réponse aux questions que l'on peut se poser sur sa vie.
Exercice

Ecouter de la lecture est important pour découvrir d'autres hommes, les autres ou les personnages d'une histoire.
Cris de désespoir, de joie que l'on fait ressortir avec l'écriture
Retour en arrière, ou s'inventer une vie pour la contrôler à son gré mais tout est fiction ou passé
Instinctif, trouver des mots, des phrases et créer un texte à toute vitesse.

Exercice de style

FRANCIS

Équerre,
Crayon,
Règle
Image,
Raccord,
Étoile,

Ici, à l'écume, j'apprends les mots, les phrases, la lecture ; il n'y a pas d'équerre mais un crayon, et, une règle : le silence ; j'aime prendre le crayon, et griffonner sur une feuille, laisser les images passer dans ma tête, faire des raccords de phrases, de mots et d'étoiles : le café fini et les mots aussi. Je lis mon texte, là où j'ai déposé tous ces mots sur cette feuille blanche, devenue bleue. Le cours est fini, à la semaine prochaine, pour de nouvelles phrases .....

ISMAEL

Évasion
Croyance
Rêverie
Irréalité
Réalité
Étoile,
Épanouissement

L'écriture ne m'a jamais trahie. Bien au contraire, très jeune j'aimais déjà tremper la plume dans l'encrier en céramique fixé dans l'angle supérieur du petit bureau de bois de ma classe à l'école maternelle.
Il n'était pas question en ce temps d'apprentissage calligraphique, de laisser place à la rêverie, c'était la réalité : il fallait savoir écrire en cette fin de section. Plus tard c'est devenu un métier, et il ne s'agissait plus d'encrier, mais de la machine mécanique, puis électrique, électronique, et enfin informatique.
De ce que je pensais être une irréalité dans ma petite enfance, l'écriture et la croyance que j'ai en elle m'ont permis évasion et épanouissement. A elle s'associe bien sûr sa cousine la lecture.

ELIANE

Étonnement,
Cri,
Retrouver,
Ivresse,
Reconnaître,
Ensemble.

Ensemble partager ces mots que l'on jette ou pose sur la feuille. Ces mots qui sont parfois un cri que l'on expulse doucement.
Un logo rallye pointe son nez et l'ivresse de l'imagination crève la feuille. Ce qui me ravit c'est cet étonnement que je ressens à la lecture de ces textes : c'est savoureux.
Et, reconnaître l'autre à sa façon d'écrire – me surprend et me touche.
Nous ne sommes pas des écrivains ... mais nous avons un style et j'aime les retrouver.

LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES DE COMPIEGNE

I. REFLEXIONS GENERALES AU SUJET DE L'ACTIVITE MENEE EN DIRCTON DES RESIDANTS

A. Concernant les consommations d'alcool et/ou de stupéfiants

B. Concernant la manifestation de violence, verbale ou physique

C. Concernant les activités

a) L'activité Yoga
b) Les activités obligatoires

D. Concernant la collaboration de travail avec les maisons relais

II. ANALYSE DES DONNEES CHIFFREES. COMMENTAIRES

A. Files actives. Comparatif 2007-2008-2009

B. Les demandes d'admission

Origine de la demande

C. Le partenariat avec les services de la justice

Type de mesures judiciaires

D. Durée des séjours

Tableau comparatif 2007-2008-2009

E. Sorties de séjour

a) Motifs de la sortie
b) Nombre de projets de sortie préparés avec les résidants
c) Origine géographique

F. Situation personnelle et professionnelle des résidants

a) Situation professionnelle avant hébergement

b) *Les actes réalisés par l'équipe*

G. *Les activités de groupe thérapeutiques*

H. *Typologie des résidants*

a) *Répartition par sexe*
b) *Tranche d'âge début de la toxicomanie*
c) *Répartition des résidants suivant les produits les plus dommageables*
d) *Tranche d'âge*
e) *Moyenne d'âge*
f) *Statut matrimonial*
g) *Nombre d'enfants*
h) *Domicile des résidants avant hébergement*

I. *Situation sociale des résidants*

a) *Origine principale des ressources*
b) *Couverture sociale*

J. *Situation sanitaire des résidants*

a) *Traitements médicamenteux*
b) *Etat de santé des résidants*
c) *Traitements de substitution*
   - *Méthadone*
   - *Buprénorphine*
d) *Voie intraveineuse*
e) *Autres modalités de consommation*
f) *Les sevrages*

CONCLUSION

III. LES ECRITS

« Du repérage des indicateurs de dysfonctionnement à l'action éducative… quel travail ? » (Mr Jérôme LEFEVRE éducateur spécialisé).

Membres de l'équipe

Mr Jacques FORZY-Directeur
Mr Jocelyn LIBRIN-Chef de service (0,9 ETP).
Me Myriam BAUDOUIN-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Mlle Martine BRUYER-Assistante de service social (0,5 ETP).
Mr Jérôme LEFEVRE-Educateur spécialisé (1 ETP).

Stagiaires

Mlle Amandine NATTIER (Educatrice spécialisée).
Mlle Alice ENON (Educatrice spécialisée).

Rappelons en propos liminaire que les appartements thérapeutiques relais permettent l'accueil et l'accompagnement de personnes ayant décidé de consolider un parcours de soin lié à leur comportement addictif en vue de leur insertion ou leur réinsertion tant sociale que professionnelle.

Habilitée, cette structure comprend 8 places dont l'encadrement est assuré par l'équipe éducative énoncée ci-dessus.

Notons également que la démarche entreprise par l'association SATO Picardie, pour intégrer les orientations préconisées par les textes réglementaires et être reconnu « CSAPA » courant 2009, vient récemment modifier cette présentation de l'organigramme des ATR.

INTRODUCTION

L'activité 2009 des appartements thérapeutiques relais est la résultante d'admissions qui ont été pour une part prononcées courant 2008, complétées par les nouvelles arrivées venant palier aux quelques départs qui ont été mis en œuvre en 2009. Les personnes admises en 2008, en regard des conditions dans lesquelles certaines de ces admissions avaient été initialement actées, rapidement, pour répondre aux exigences du taux d'occupation de 2008, ont impactées l'exercice 2009. Ces admissions ont pesé sur le fonctionnement de la structure et sur les modalités de prise en charge orchestrées par l'équipe éducative.

Notons que Mr Jacques FORZY a pris ses fonctions en février 2009 et, depuis cette date, il assure la direction de l'ensemble des structures d'hébergement du SATO Picardie.

Sur l'exercice 2009, son arrivée a permis que soit réinterrogée avec les usagers l'utilisation qu'ils font des modalités d'accompagnent qui leur sont proposées dans le cadre de leur demande d'aide et de soutien auprès des ATR. En effet, ils sollicitent une aide pour consolider dans le cadre d'un projet d'insertion, leur démarche de soin en regard de leur besoin et de leur désir de rompre avec leurs comportements d'addiction, mais également, ils sont en demande d'une solution d'hébergement qui leur permettent de se confronter à leur besoin et souhait d'autonomie. C'est donc sur ces bases que s'établit le projet personnel individuel de prise en charge et d'accompagnement.

Cette prise de fonction a également contribué – en retour – à questionner la mise en œuvre opératoire du projet institutionnel et le fonctionnement de l'équipe éducative pour

accompagner ces usagers. Elle s'est donc concrétisée au cours de l'exercice 2009, par la proposition, la mise en place et l'utilisation d'outils nécessaires à l'amélioration du travail de prise en charge et d'accompagnement de l'équipe éducative, tels que :

- ***La transcription formalisée des réunions d'équipe** pour en avoir une plus grande lisibilité.*

- ***La transcription**, également formalisée, **des conclusions du bilan**[49] qui est destinée au résidant concerné et la transmission des objectifs qui ont découlé de l'échange qui en a résulté (rapidement dans la semaine qui suit ce bilan) au moyen d'un écrit officiel cosigné par les personnes présentes à ce bilan.*

  Cette façon de faire n'est pas que de pure forme, elle vise à donner de l'importance aux propos tenus par l'usager et par l'équipe dans cette instance particulière qu'est le bilan. Il prend alors statut d'outil, levier des résistances à l'œuvre et mesure du chemin engagé et qui reste à parcourir.

- ***La mise en place d'un planning prévisionnel en direction des usagers :** Planning qu'ils doivent remettre le vendredi, pour la semaine qui suit, à l'éducateur plus spécifiquement en charge d'accompagner le parcours de soin et d'insertion de l'usager.*

  L'objectif de cette planification est de permettre aux usagers d'apprendre, de réapprendre et/ou de visualiser :

  - *leur organisation personnelle de vie (courses alimentaires, rendez-vous divers, tels ceux du psychologue, du médecin ou déplacement chez le pharmacien pour assurer le suivi du traitement, loisirs, moments de vacuité…),*
  - *la façon dont ils organisent leurs activités (dont celle(s) engagée(s) par eux-mêmes et celles relevant de la structure des ATR s'ils ne sont pas occupés par un emploi, telle que la participation au groupe de parole, au yoga, à l'atelier, aux sorties culturelles de fin de semaine…),*
  - *ainsi que leurs démarches administratives et professionnelles à entreprendre de façon soutenue, car creusées d'une plus grande facilité à s'assumer dans un environnement social qui fait appel à beaucoup de nécessités sans lesquelles une insertion est complexe, voire devient très compliquée par manque de ressources, ou par impossibilité (SS, Mutuelles, dossier RSA, Assedic, Agence intérim, pôle emploi, recherche effective d'emploi voire travail et ses contingences horaires qu'il faut apprendre à gérer tout en assumant les autres aspects de la vie sociale…).*

[49] *Le bilan est contractualisé dans le contrat signé à l'arrivée du résidant par ce dernier et le responsable du service ou son représentant. Il vient scander le séjour de la personne admise et permet, dès l'arrivée, sur la base de l'échange qui a présidé à l'étude de la demande de l'usager, de déterminer les axes potentiels des orientations qui seront à mettre au travail dans le cadre d'un projet personnel individualisé de prise en charge, émanation d'obligations instituée par la loi 2002-2. Le bilan a donc une fonction d'élaboration, de contrôle d'objectifs arrêtés, d'évaluation des avancées et/ou des difficultés rencontrées, et en final, de formalisation ou reformulation des objectifs anciens ou nouveaux qui se dégagent de cet échange. Un premier bilan a lieu à 15 jours de séjour, un autre à l'issue d'un mois de présence, cette période s'apparentant à un temps dit « de pré-admission ». A la suite, le bilan est mensuel, et ponctue le séjour des usagers. Y participe outre l'usager lui-même, le directeur et/ou le chef de service et au moins un membre de l'équipe éducative.*

L'une des fonctions essentielles de cette démarche est bien évidement de permettre aux usagers de se projeter, mais également d'apprendre à se distancier d'un quotidien marqué par la vacuité ou empreint de petites nécessités, d'urgences orchestrées au jour le jour, qui viennent masquer ou servir de rempart à une solitude existentielle voire à un manque plus profond, qui ne peut inexorablement que les mener à nouveaux vers des comportements compulsifs.

Une autre des fonctions attachées à cet outil vise à permettre aux usagers d'inscrire de la temporalité dans leur vie, temporalité qui a souvent été déniée au profit d'une urgence comportementale enracinée dans les impératifs créés par la consommation de produits et par ses modes opératoires. Il s'agit donc d'apprendre ou de réapprendre à gérer les temps forts qu'une journée, une semaine, un mois contiennent. Il s'agit aussi d'en apprivoiser les rythmes pour que l'existence du résidant ne soit pas uniquement ponctuée par de l'événementiel ou du vide.

Il s'agit donc que cette temporalité prenne sens autour de choix véritablement incarnés – c'est-à-dire faisant corps[50] *avec les objectifs et les orientations qui s'y rattachent, voire les obligations qui en découlent – et que ce sens serve à charpenter les actions dues à ce « devoir vivre » que chacun a à construire pour lui-même et, si possible, à assumer pleinement.*

Remplis par les usagers, ces plannings sont également là pour permettre à l'équipe, avec les résidants, d'avoir une meilleure lecture des engagements relatifs aux objectifs déclinés aux cours des bilans précités et de la partager pour ainsi (mieux) ordonnancer les accompagnements qui en découlent en fonction des nécessités du service et soutenir avec (plus d') efficacité les objectifs qui ont été dégagés sur le projet de l'usager au cours du bilan. Cette lecture commune et le travail qui s'en dégagent permet donc également de mettre au travail, de lever les résistances pour s'engager ou atteindre un certain degré de réalisation.

Force est de constater que l'établissement et la remise de ces plannings ne va pas de soi et que cette démarche du service doit être beaucoup plus soutenue auprès des résidants qu'elle ne l'est effectivement.

Cet outil visibilise la difficulté qu'ont les professionnels et les usagers à « se rencontrer» – sur un objet somme toute relativement simple – qu'est l'établissement de ce planning.

Pourtant, les échanges et confrontations qui pourraient témoigner de la résistance de la part des résidants à utiliser cet outil remontent encore trop rarement lors des bilans pour permettre une analyse factuelle des engagements de l'usager dans son parcours de soin et d'insertion. Néanmoins, avec cet outil, il s'agit de permettre à l'équipe et, en particulier, à l'éducateur concerné d'être en mesure d'assurer le suivi éducatif de l'usager en prenant en compte les objectifs définis.

Il s'agit donc au travers de cet outil, d'assurer et de s'assurer d'un accompagnent qui soit structuré avec rigueur au travers d'une posture professionnelle qui ne soit pas constamment confrontée à un à peu près dont la fonction et les manquements sont

[50] *Incarner : Au sens de donner chair à, donc de mettre de la vie…*

toujours renvoyés à la responsabilité de l'usager. Ce faisant, ce dernier « joue » des aspects symptomatologiques de son addiction et dit quelques choses de sa difficulté à assumer le choix d'autonomie qu'il a énoncé à son arrivée…

Il en est de même du constat d'une «impossible rencontre» de l'usager avec le professionnel, le résidant n'étant que rarement là ou ne répondant pas aux sollicitations téléphoniques, On peut s'interroger sur les enjeux que sous-tend cette «impossible rencontre » pour les professionnels qui s'y trouvent confrontés et qui n'est pas sans effets sur le travail engagé avec les usagers.

En effet, ces enjeux ne concernent pas seulement nos usagers, mais renvoient également à notre posture d'intervention ainsi qu'à ce qui est à l'œuvre dans l'instauration de cette rencontre, à ce qui prend corps dans l'engagement que nous instaurons « ensemble » dans cette relation, à défaut de la construire, et qui doit – en regard du projet assigné aux ATR – rester, pour nous, une relation « éducative » aidante, solide, contenante, soutenue, mais aussi empathique, toujours respectueuse des besoins et des choix de vie de la personne, mais également sans complaisance et toujours compatible avec les règles sociales en vigueur et celles plus particulières attachées aux ATR.

Finalement cette relation éducative doit être empreinte d'une «suffisamment bonne distance »[51] *qui nous permette de ne pas édulcorer cette rencontre qui, sans cela, risquerait de compromettre les perspectives d'un changement profond pour cet usager. Professionnels confrontés à la difficulté d'assumer cette rencontre, nous nous devons d'échanger sur ce qui est perçu, vu, compris ou ressentis et sur ce qui achoppe – pour nous-mêmes– dans l'instauration ou non de cette relation éducative.*

Il y a donc, de part notre statut professionnel (contenu dans notre investissement), une posture qui nous conduit à devoir partager et échanger sur les hypothèses de travail et sur leurs mises en œuvre. Ce afin d'être éclairés par notre analyse sur ce qui fait obstacle à nous distancier de trop peu ou d'une trop grande implication. Il est nécessaire de pouvoir préserver cette « suffisamment bonne distance » afin de nous permettre la mise en œuvre des préconisations, voire des nécessités – parfois vitales[52] *pour les usagers – que nous avons mises à jour dans le cadre des bilans. Ces nécessités sont inhérentes à toute inscription personnelle, sociale, culturelle et professionnelle des personnes que le fait même de vivre appelle.*

Une obligation s'impose cependant à nous, celle de rappeler cela et l'engager en convoquant l'usager à y répondre.

Il s'agit donc de mettre en œuvre ces préconisations et ces objectifs avec nos capacités professionnelles et notre génie personnel, mais également, en faisant appel et en s'appuyant sur la capacité personnelle des usagers, ainsi que sur leur engagement. Ces dimensions s'entrecroisant , elles sont au cœur d'une relation éducative sereinement assumée et d'une relation authentique.

---

[51] *Au sens où Winnicott emploie ce terme.*

[52] *Suivi VIH, HVC, comportement dépressif, etc., le service des ATR s'est trouvé confronté en 2008 au passage à l'acte d'un résidant suite à la confrontation de ce dernier à ses symptômes insuffisamment perceptibles ou compris…*

- ***Etablissement d'une grille de planification des bilans :*** *Ces bilans ponctuent la durée du séjour du résidant. La communication de ces dates aux personnes concernées vise à leurs permettre à la fois d'anticiper la préparation de ces temps d'échanges en regard de la durée du séjour (courte) et de leurs problématiques (longues à traiter), mais également de les aider à mieux maitriser la temporalité dans laquelle ils s'inscrivent. Cette grille permet – pour peu que les acteurs concernés s'en saisissent – d'en préparer une approche voire un début d'analyse à exposer lors du bilan. Cette grille a donc pour objet de rompre avec l'information abrupto de ces temps de travail aux résidants concernés, démarche qui signait en miroir la difficulté à se distancier des modes opératoires des usagers et de la symptomatologie qu'ils recouvrent et que ceux-ci, justement, tentent de quitter.*

- ***Ré-interrogation du sens et du contenu des bilans[53] :*** *Ceux-ci sont réalisés avec l'équipe éducative et plus particulièrement lorsque l'organisation du travail le rend possible, en présence du professionnel qui assure l'accompagnement de ce résidant d'une manière plus soutenue que ses collègues, cette modalité de prise en charge étant le plus souvent déterminée en réunion d'équipe pour l'arrivée de l'usager.*

  L'objectif de ce questionnement sur la programmation et le sens des bilans ressort du constat qu'il est nécessaire de faire évoluer cet outil pour mieux dynamiser la scansion du séjour d'un usager. De plus, nombre de bilans était sollicité (parfois en dehors de la programmation institutionnelle contractualisée (une fois par mois) pour répondre à la demande de l'équipe afin d'organiser une confrontation sur un point de règlement à propos de l'attitude, plus ou moins pulsionnelle, d'un usager et, le cas échéant, pour prononcer une sanction.

  Un autre axe ayant conduit à recentrer la question des bilans a pour objet de permettre aux usagers de distinguer l'intérêt que représente pour eux cet outil, en y apportant le sens que nous souhaitons, en terme d'expression des difficultés et permettre l'émergence d'une prise de conscience sur celles-ci.

  Il s'est donc agi de distinguer cette instance de celles (qui restent en vigueur si nécessité fait loi), d'instaurer des temps de reprises suite aux demandes de l'équipe éducative sur les aspects réglementaires précités, rencontres «exceptionnelles» instituées par le chef de service pour régler les manquements non compatibles avec le contrat d'accueil et recadrer l'accompagnement éducatif.

- ***Expérimentation de rencontres familiales*** *lors du séjour* ***avec l'accord des usagers :*** *Ces rencontres familiales actent le constat que de nombreux usagers admis au sein des ATR sont originaires soit de secteurs géographies proches de Compiègne, soit du département, soit de la région.*

  En effet, toujours en associant les usagers et en accord avec eux pour que leur(s) proche(s) soient reçus, le travail avec la famille est un puissant levier qui peut être activé pour consolider le parcours d'un usager en lui permettant de retisser du lien avec sa famille. Celle-ci est alors en mesure «d'entendre, si ce n'est d'acter» le témoignage des avancées de la personne ou l'énonciation des difficultés qu'elle

[53] *Voir note de bas de page n°1*

rencontre, mais qu'elle assume à sa façon, cela étant énoncé par elle-même et étant accompagné de l'équipe.

Cela peut permettre, lorsque les proches ont fait par eux-mêmes une partie du chemin de la reliaison, un possible décentrement d'avec les représentations qu'ils ont intégrées au long cours sur la personnalité de celui qui parle. Cela peut permettre d'opérer – tant que faire se peut – un changement dans ces représentations, dans ces liens. Il peut également s'agir, toujours en créant les conditions d'une possible verbalisation médiatisée tenue par l'usager, et pour que celui-ci puisse passer à autre chose, de restituer la charge qui l'encombre voire parfois l'empêche d'aller plus avant dans son parcours de soin et dans la construction de son devenir.

Dans ces cas, l'alliance, au sens thérapeutique du terme, réside dans une posture sans complaisance mais sans faille qui, indéfectiblement, est due au résidant (et doit de ce fait avoir été parlée, éclairée, soupesée avec lui préalablement à l'instauration de ces rencontres).

I. ***REFLEXIONS GENERALES AU SUJET DE L'ACTIVITE MENEE EN DIRECTION DES RESIDANTS***

En 2009, malgré un taux d'occupation en hausse (83,69 %) nous enregistrons une légère baisse de la file active des ATR qui passe de 24 personnes (2008) à 20 usagers (2009).

Néanmoins, cette baisse s'explique en partie par le rallongement notable de la durée d'hébergement (+ 93 journées en moyenne réalisées en 2009). Ce rallongement équivaut à une durée médiane de prise en charge contractuelle pour un résidant dont le séjour initial est prévu sur une période de six mois et témoigne d'une durée de séjour plus longue pour quelques résidants.

Toutefois, notons que suite aux difficultés ou faits marquants qui ont ponctué l'activité en 2009, nous avons dû procéder à plusieurs exclusions d'usagers en raison de consommations de produits stupéfiants, voire d'alcool ainsi que, pour l'un d'entre eux, à la suite de manifestations de violences verbales, puis physiques en direction du personnel.

Ces comportements compulsifs ne sont pas uniquement imputables à des séjours cours, dont la pertinence de l'orientation pourrait être interrogée, mais concernent des personnes dont le séjour fut relativement long, voire ayant atteint le terme du contrat (1 an de présence), sans que soient résolues les difficultés comportementales et le respect du cadre contractualisé ou qu'une prise de conscience institutionnelle ait pu être valablement menée, puis engagée en termes de réorientation.

A. ***Concernant les consommations d'alcool et/ou de stupéfiants***

La poursuite de la consommation de produits stupéfiants pose un problème majeur par rapport à l'objectif de la structure des ATR qui propose aux résidants un accompagnement visant à leur permettre d'œuvrer à leur réinsertion sociale et professionnelle, tout en confortant leur démarche de soin orientée vers la cessation de toutes consommations durant leur séjour et leur facilitant, à terme, une vie sociale sans produits ou soutenue par une substitution stabilisée et maîtrisée, parce que bien comprise, et pleinement assumée.

Aussi, lors de l'orientation et lors de l'admission, le projet de la structure doit être exposé et clarifié avec les usagers par les équipes qui soutiennent les demandes de ces derniers afin de limiter des prises en charge inadéquates en regard de la structure psychique de certains voire de leur versant psychopathologique.

De même, en interne, ces orientations impactent le fonctionnement parce qu'insuffisamment identifiées lors de la demande initiale et/ou non perçues et traitées dès l'arrivée en regard de la capacité des usagers à adhérer aux propositions de travail qu'énoncent l'équipe. De plus, elles s'enkystent lorsqu'elles sont insuffisamment parlées sur la durée du séjour et analysées, malgré les différents indicateurs disponibles, comme ceux relevant des possibilités qu'a la structure des ATR d'avoir une lecture fiable de la non-utilisation de produits ou de médicaments détournés, le non règlement des participations financières en temps, la confrontation aux attitudes comportementales données à voir (ménage non fait, rendez-vous espacés voire non-honorés, aux comportements déplacés qui parfois émergent lors de l'accompagnement.

En effet, pour certains, nombre de ces consommations sont effectuées de façon répétées. Elles ont pu être constatées grâce à la capacité du service à pouvoir tester les usagers de façon régulière. Le personnel éducatif est ainsi en mesure de vérifier au cours de la prise en charge, la compliance des usagers aux objectifs de stabilisation de substitution ou d'abstinence qui ont été énoncés lors de l'établissement du projet personnel individualisé de prise en charge déterminée à l'admission avec ces derniers et l'équipe éducative. Ces constats et la non prise en compte des observations de l'équipe et des sanctions prononcées par le chef de service ont rendu le séjour au sein des ATR très compliqué pour quelques résidants (voire le maintien non possible pour certains).

En dépit des rencontres avec l'équipe éducative, certains résidants ont beaucoup de difficultés à verbaliser cette envie de prendre des produits pendant leur séjour. C'est au moment de faire les tests – c'est-à-dire lorsque il n'y à plus d'échappatoire possible – que le résidant commence à livrer quelques explications sur sa prise de produits.

Ces temps particuliers d'échanges sont pourtant propices à ré-aborder la demande initiale de l'usager, sa volonté à « réellement » entreprendre, dans un cadre moins contenant qu'un lieu d'hébergement de type postcure ou une communauté thérapeutique (plus fermé que le cadre des ATR), une démarche sans recours à des ingestions de produits et de médications non prescrites. De même, peuvent être évoqués à nouveau son désir et sa capacité à mettre en œuvre une insertion effective, tant sociale que professionnelle en rappelant à la personne ses objectifs de départ…

Au finale, le plus souvent la situation de rechute est marquée d'une sanction qui est variable selon la situation de l'usager et son implication dans l'accueil contractualisé qui lui a été proposé. Ce séjour se clôt par une mise à pied, voire une exclusion, si rien n'est acté par l'usager pour changer de comportement. Pourtant, il est à souligner que le résidant qui se trouve en difficulté par rapport aux produits, a la possibilité d'en discuter avec un membre de l'équipe éducative des ATR pour que

puisse être recherché avec lui comment l'aider à faire face à sa problématique. Il peut également bénéficier du soutien du psychologue du CSST de COMPIEGNE.

B. <u>Concernant la manifestation de violence verbale et physique</u>

Lors de confrontations du personnel avec un résidant qui ont abouti à de la violence verbale, puis physique, les mécanismes relationnels à l'œuvre renvoient immanquablement à la structure psychique d'usagers poly-toxicomanes qui relèvent, le plus souvent, du double diagnostic voire renvoient à une structure psychopathologique lourde. Cela interroge quant à leur « capabilité » à mettre en lumière ces difficultés avec les professionnels du service et renvoit à la procédure d'admission des ATR.

Ces confrontations sont également sujettes aux modes opératoires mis en œuvre pour l'accompagnement par l'équipe éducative des usagers concernés. Ceux-ci nécessitent que soient identifiés les signes avant coureurs et que cette lecture soit commune aux membres de l'équipe. Leurs collectes, de façon formelle, et leurs partages, puis la mise en œuvre et l'analyse de ces indicateurs de la compliance des personnes hébergées imposent une transparence et une cohésion entre les membres de l'équipe qui ne peut que bénéficier à chacun, et en retour, à l'usager concerné.

Ces éléments ou indicateurs peuvent permettre aux professionnels de mieux sérier et apprécier et de façon suffisamment anticipée, les mécanismes de résistance mis en œuvre par ces usagers lors de leur appropriation du contrat d'accueil et lors de leur engagement à accepter l'accompagnement (ce, dès l'admission). Pour cela, il est nécessaire de se positionner, de prendre la place auprès du résidant…

Ces indicateurs facilitent et permettent – pour peut qu'ils soient compris et utilisés avec eux de façon effective – une lecture de l'implication de l'usager. Cela, en regard des objectifs de prise en charge qu'il a définis avec l'équipe lors de l'admission et ensuite à chaque bilan mensuel.

Ces indicateurs concernent également les rechutes sur le plan de l'addiction et permettent de les prévenir dans certains cas ou de les interroger. Ils contribuent à pouvoir anticiper les effets liés à ces rechutes pour l'usager et pour le groupe situé dans le lieu semi-collectif, rue de l'Estacade ainsi que ceux liés à leurs reprises par l'équipe avec l'usager, pour limiter les effets des pulsions et/ou les risques relevant de ces confrontations et recadrages qui peuvent parfois déboucher sur une exclusion.

Ces accompagnements qui se sont avérés difficiles nécessitent de mener une réflexion avec nos collègues des CSST, afin de mieux évaluer la motivation des usagers qui font une demande aux ATR, mais aussi afin de nous permettre d'apprécier plus efficacement la structure psychique des demandeurs, les ATR n'étant pas dotés de psychologue.

Toutefois, notons que le résidant qui se met rapidement au travail après son admission, arrive plus facilement à maîtriser ses envies de prise de stupéfiants, canalise plus facilement ses pulsions. Cela renvoi également à la difficulté qu'un grand nombre d'entre eux a à envisager une insertion sociale et culturelle qui puisse être un support fort pour faire face à la solitude, souvent source d'incitation à la rechute.

Il est aussi intéressant d'observer que ces difficultés dont témoignent les résidants lorsqu'ils ne respectent pas le contrat d'accueil, revêtent de multiples aspects comme :

- *un manque de motivation à participer aux activités obligatoires proposées (lorsqu'il n'est pas mobilisé par une activité professionnelle),*
- *une prise de traitement non régulée par l'usager, voire un traitement détourné ou des consommations illicites ou licites,*
- *une difficulté à échanger avec l'équipe sur les problèmes financiers,*
- *une difficulté à s'inscrire rapidement dans les agences intérimaires pour être en mesure de se voir proposer du travail,*
- *une incapacité à investir et à entretenir son appartement ou les espaces de vie collective, sur la structure d'hébergement semi-collective de 3 places, rue de l'estacade.*

Au cours de cet exercice 2009, l'équipe s'est trouvée en difficulté pour faire face à certains résidants et pour rendre compte de l'état des appartements de ces derniers. La visite à domicile doit cependant rester l'un des vecteurs le plus usité pour les usagers qui bénéficient d'un appartement seul ou en couple, pour avoir une lisibilité sur la façon dont le résidant s'installe, investit et utilise ce lieu de vie qui est mis à sa disposition.

Toutefois, notons qu'en fin d'exercice 2009, des chantiers de rénovation des appartements ont été engagés afin que chaque résidant nouvellement installé puisse remettre ces locaux dans un état correct et agréable.

Ces activités se déroulent sous le contrôle de l'équipe éducative et de la direction pour l'achat de matériel et pour le déroulement des travaux. Pour le résidant qui n'a pas encore d'activité professionnelle, c'est pour lui l'occasion de s'habituer à reprendre une activité, d'en soutenir la réalisation en attendant de trouver du travail. Il en est, en forme de motivation, le premier bénéficiaire.

C. <u>Concernant les activités</u>

a) <u>L'activité « yoga »</u>

Cette prestation s'effectue dans le cadre d'un partenariat avec l'association « Fleur de Yoga ». Elle connaît un relatif succès auprès de nos résidants (20 résidants en 2009). Le changement de l'animatrice survenu en cours d'année n'a pas eu de conséquence sur le maintien, la régularité des séances et la participation des usagers à cette activité (18 séances en 2009) du fait de l'attente du relais entre les deux intervenants de l'association « Fleur de Yoga ». Le relevé de la participation régulière, formelle pour cette association, nécessite d'être relevée de façon pour permettre une lecture de cet indicateur plus efficace et pertinente lors du bilan.

b) <u>Les activités obligatoires</u>

Concernant les autres activités obligatoires (groupe de parole [pour 20 résidants, 85 séances], atelier d'expression [33 séances pour 20 usagers]) : ces dernières se déroulent régulièrement et de façon hebdomadaire. Elles restent un moment propice à l'échange entre les résidants dans une ambiance à la fois conviviale et rassurante.

D. Concernant la collaboration de travail avec les maisons relais

Le partenariat avec les Maisons Relais pour les orientations de nos résidants cette année a été très encourageant (6 personnes en 2009). Dans ce cadre, des rencontres entre l'équipe des Maisons Relais et le Chef de Service des ATR ont eu lieu à une fréquence régulière pour faire le point sur les orientations et assurer la continuité dans le suivi des personnes qui ont bénéficié d'un accueil au sein des Maisons Relais.

II. ANALYSE DES DONNEES CHIFFREES. COMMENTAIRES

En propos liminaires, constatons que compte tenu de chiffres non renseignés, nous n'effectuerons pas encore cette année une véritable analyse comparative sur trois exercices. Notons cependant, que nous avons été destinataire de 32 demandes sur l'exercice 2009, pour une habilitation de 8 places.

Ces places permettent théoriquement d'accueillir (sur 2920 journées prévisionnelles) des résidants sur un contrat d'accueil de 6 mois, ce premier temps d'accueil étant renouvelable mensuellement à partir de bilans contractualisés avec le résidant jusqu'à 6 mois supplémentaires, le service ATR étant ouvert sur 365 jours avec un accueil 24h/24h.

A. File active comparative 2007-2008-2009

	2007	2008	2009
Nombre de personnes vues par l'équipe* (suite aux demandes écrites)	23	28	18
Nombre de résidants hébergés dans l'année	13	24	20
- dont nombre de personnes encore hébergées dans l'année	9	19	12
Nombre d'admissions	9	19	12
- dont placement extérieur	nr	nr	1

Nous notons que la file active est légèrement en baisse (20 personnes) sur l'exercice 2009 par rapport à 2008 (24 personnes). En effet, seuls 12 résidants ont été admis par rapport à 2008 (19)

B. Les demandes d'admission

Notons qu'un certain nombre de courriers ne reflètent pas dans leur teneur, une demande argumentée correspondant à l'habilitation, mais font plus état d'une recherche de solution pour poursuivre un sevrage dans des conditions d'hébergement acceptables voire encadrées, qui s'apparente aux courriers reçus au sein de la CT de Flambermont. Il semble, qu'à part quelques partenaires de longue date, dont les centres de soins ambulatoires du SATO,

l'adéquation entre le profile des usagers et la prise en charge offerte par les ATR n'est pas tout à fait satisfaisante. Ce point sera à améliorer au cours du prochain exercice.

Origine de la demande

	2007	***2008***	***2009***
Initiative du résidant ou des proches	*3*	*1*	*1*
Médecin de ville	*0*	*0*	*0*
Structures spécialisées (CCAA, CSST, autres.)	*9*	*11*	*11*
- dont centre de soins SATO/Creil	*2*	*5*	*6*
- dont centre de soins SATO/Beauvais	*1*	*0*	*0*
- dont centre de soins SATO/Compiègne	*1*	*6*	*4*
Equipe de liaison	*0*	*0*	*0*
Autre hôpital, autres sanitaires	*1*	*0*	*0*
Institutions et services sociaux	*nr*	*4*	*2*
Services de la justice	*1*	*0*	*1*
Autres : CT Fambermont/Postcure	*nr*	*2/6*	*2/4*
Non renseigné	*0*	*0*	*1*

Ces demandes (32) ont donné lieu à 24 rendez-vous proposés. Pour les autres, il n'y a pas eu de suite donnée faute de places. Ces rendez-vous ont été honorés par 18 personnes.
Ces 18 demandes ont donné lieu à 6 avis négatifs de la part de l'équipe éducative, et il a été procédé à 12 admissions en 2009.

C. Le partenariat avec les services de la justice

Nous tenons à souligner le travail mené par les magistrats de Compiègne pour le suivi des personnes sous main de justice. Nous remercions également les forces de l'ordre pour leur intervention ponctuel.

Nous avons en effet apprécié la réactivité, la compréhension et la remarquable efficacité professionnelle de ces acteurs en regard des difficultés rencontrées par notre équipe 2009 (difficultés certes épisodiques, mais néanmoins chargées de stress et physiquement éprouvantes), tout en saluant le respect des droits des personnes impliquées.

Notons également à ce propos le civisme dont ont su faire preuve quelques usagers des ATR qui, également, se sont positionnés pour porter assistance au personnel en difficulté.

Notons également que le service à assurer l'accueil et l'accompagnement d'une persone dans le cadre d'un placement extérieur encadré en collaboration avec l'équipe des SPIP de Compiègne avec laquelle nous entretenons un partenariat soutenu.

Notre activité rend compte d'une stabilité entre 2008 et 2009, l'évolution à la baisse n'étant pas significative pour les usagers relevant d'un suivi des SPIP du fait de leurs condamnations. Notons toutefois une baisse des personnes ne déclarant pas avoir de contraintes judiciaires.

Justice

	2007	***2008***	***2009***
*Nombre résidants suivis sous main de justice**	*4*	*7*	*6*
- dont obligation de soin	*1*	*2*	*3*
- dont contrôle judiciaire	*2*	*1*	*3*
- dont injonction thérapeutique	*0*	*0*	*0*
- dont bracelet électronique	*0*	*0*	*0*
- dont en « placement extérieur »	*nr*	*nr*	*1*
- dont sursis mise à l'épreuve	*2*	*5*	*3*
Sans objet	*9*	*17*	*14*

** Une personne peut assumer plusieurs mesures.*

Ainsi, sur le plan judiciaire, 6 d'entre elles sont sous main de justice dont 3 assorties d'une obligation de soin et 3 autres d'un contrôle judiciaire ainsi que 3 bénéficiant d'une mise à l'épreuve.

D. Durée des séjours

La durée moyenne de séjour a augmenté notablement, passant de 94 jours à 122, pour 2444 journées réalisées, ramenant le taux d'occupation à 83.69%. Les demandes émanent essentiellement des CSST et de structures spécialisées (11) soit plus de 50% des usagers pris en charge sur 2009, dont 10 personnes de nos services du SATO Picardie.

Tableau comparatif 2007-2008-2009

	2007	***2008***	***2009***
Nombre total des journées d'hébergement réalisées	*2509*	*2351*	*2444*
Durée moyenne d'hébergement en jours	*193*	*94*	*122*
Taux d'occupation	*85,92%*	*80,5%*	*83,69%*
Nombre de résidants sortis entre le 1er et le 31 décembre	*7*	*17*	*14*
- dont au plus un mois	*1*	*7*	*1*
- dont de 1 à moins de 3mois	*0*	*5*	*3*
- dont de 3 à moins de 6 mois	*1*	*3*	*2*
- dont de 6 mois à 1 an	*3*	*2*	*5*
- dont plus de 1 an	*2*	*0*	*3*
Nombre de sorties effectuées	*7*	*17*	*14*

Ces derniers chiffres dénotent une relative stabilisation des séjours qui ont été plus longs que sur l'année précédente et témoigne d'une part d'une plus grande difficulté pour les usagers hébergés à pouvoir s'insérer rapidement d'autre par, à contrario, d'une plus grande capacité à stabiliser leur séjour.

Notons toutefois, pour pondérer, que cette situation renvoie à une difficulté de l'équipe à apprécier les priorités des besoins des usagers. Il nous a fallu rappeler en bilans les objectifs de leur séjour et les nécessités pour qu'ils respectent les engagements contractuels pris avec nous afin qu'ils se mettent en recherche active d'une solution d'hébergement pour leur fin de séjour.

E. Sorties de séjour

Une analyse rapide des sorties (14) orchestrées sur l'année de nos usagers répartis sur les 8 places habilitées, montre que seuls 8 résidants effectuent un séjour au moins en concordance avec les objectifs d'accueil assignés aux ATR ; les 6 autres n'effectuant que de cours séjours.

a) Motifs de sortie du résidant

	2007	***2008***	***2009***
Contrat thérapeutique mené à terme	*3*	*6*	*4*
*Réorientation vers une structure médico-sociale plus adaptée **	*1(FLB)*	*3*	*2*
Exclusion par le centre	*1*	*7*	*6*
*- dont temporaire***	*0*	*0*	*0*
*- dont définitive****	*1*	*7*	*6*
Hospitalisation durable	*1*	*0*	*0*
Rupture à l'initiative du résidant	*0*	*1*	*2*
Décès	*0*	*0*	*0*
Autres (précisez) Incarcération	*1*	*0*	*0*

** Précisez. Flb = Communauté thérapeutique de Flambermont*
*** Le résidant peut ultérieurement se manifester et faire à nouveau une demande d'hébergement.*
**** Le résidant ne peut plus faire de demande d'hébergement.*

Néanmoins, en regard des motifs de sorties, en 2009, seuls 4 contrats d'accueil ont été menés à terme, les usagers pour seulement 2 d'entre eux ont pu être réorientés vers une structure plus adaptée.

Le nombre d'exclusions, sans réorientation possible doit interroger les acteurs du service. En effet, notons que 6 résidants ont été exclus pour des motifs liés à la consommation pour 5 d'entres elles, sans que des possibilités de sevrage soient effectives au cours ou en fin de séjour.

Notons qu'une de ces personnes fut exclue du fait de son comportement et du non respect du contrat passé avec l'institution. Priée de rendre son logement, elle n'a pas mis en œuvre le déménagement prévu et convenu et a manifesté violemment envers le personnel. Notons également 2 ruptures de séjour à l'initiative de résidants.

La question des sorties préparées avec les résidants doit nos interroger sur l'utilisation faite du type de structure que sont les ATR dans le dispositif de soin pour personnes en proie à des problématiques d'addiction et l'adéquation de ces adressages.

b) Nombre de projets de sortie préparés avec les résidants

	2007	***2008***	***2009***
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	*0*	*2*	*0*
Avec une autre structure sanitaire et sociale	*0*	*1*	*1*
Avec des structures d'insertion professionnelle	*0*	*2*	*0*
Avec des structures d'hébergement	*1*	*3*	*2*
Avec la famille du résidant	*2*	*3*	*5*
Autres (précisez)/***	*3/1*	*7/1*	*6/1*
Expériences professionnelles réalisées durant le séjour	*9*	*7*	*6*
- dont CDD	*1*	*nr*	*2*
- dont CDI	*5*	*nr*	*0*
- dont missions intérim	*1*	*nr*	*4*
- dont stage qualifiant	*1*	*nr*	*1*
- dont autres (précisez) Contrat CAE/Incarcération	*1/1*	*1*	*1*

** Accès au logement autonome*
*** Incarcération.*

Cela interroge également sur le lien du service ATR avec les instituions pourvoyeuses et en particulier celles de nos propres services, puisque 5 personnes retournent dans leur région d'origine, et retrouvent leur famille comme soutien à leur départ de la structure et que la plupart des demandes émanent pour au mois 10 d'entre-elles des CSST de Creil et de Beauvais et qu'elles représentent près des ¾ des personnes reçues répertoriées sur la région picarde par l'équipe éducative.

c) Origine géographique

	2007	***2008***	***2009***
Originaires de la région	*0*	*2*	*2*
Originaires du département	*6*	*15*	*13*
En provenance d'autres régions	*7*	*7*	*5*

En effet si nous notons bien à l'analyse de ces chiffres, qu'en 2009, la plupart des usagers sont originaires de la région ou du département, cette dimension renforce le questionnement du travail partenarial et ses liens entre nos partenaires et notre service d'ATR, en particulier avec les services situés à proximité… Les usagers sortent du dispositif ATR de Compiègne en prenant appui, pour l'un d'entre eux, sur un service sanitaire et social ; 2 usagers font appel à une structure pour hébergement du type maison relais dans un registre géographique de proximité, Compiègne/Noyon.

Notons également que l'équipe éducative indique 6 sorties autonomes qui correspondent en fait aux exclusions, situation où nous renvoyons l'usager à sa responsabilité personnelle et au fait de devoir s'assumer hors de la structure.

F. Situation personnelle et professionnelle des résidants

Les usagers, avant leur hébergement étaient en situation d'emploi pour 2 d'entre eux en 2009. 16 en situation de chômage ayant déjà travaillé, 2 sont inactifs.

Facteur lisible d'une insertion plus ou moins actée durant le séjour, l'expérimentation professionnelle « constatée » durant la prise en charge nous permet de voir que sur 14 résidants sortis de notre structure, seuls 2 ont effectué un CDD, 4 ont bénéficié d'une mission d'intérim et 1 d'un stage qualifiant.

a) *Situation professionnelle **

	2007	***2008***	***2009***
Avaient un emploi	*1*	*7*	*2*
- dont CDI	*0*	*1*	*0*
- dont CDD ou stage rémunéré	*1*	*6*	*2*
- dont travailleur indépendant	*0*	*0*	*0*
Chômeurs ayant travaillés	*11*	*17*	*16*
Jamais travaillé	*1*	*0*	*0*
Autres inactifs	*0*	*0*	*2*

** Avant l'hébergement*

Cette dimension renvoie à l'accompagnement, aux possibilités effectives d'insertion disponibles (qu'elle soit professionnelle, temporaire ou non, à visée de formation, de remise à niveau).

b) *Les actes réalisés par l'équipe*

	2007	***2008***	***2009***
Educateurs spécialisés	*714*	*772*	*948*
Nombre d'accompagnement réalisés à l'extérieur du centre	*194*	*177*	*224*
- dont activités collectives organisées à l'extérieur du centre	*89*	*11*	*33*
- dont accompagnements des résidants pour démarches extérieures	*105*	*166*	*191*

En effet, les actes d'accompagnement, s'ils paraissent nombreux, 948, et en augmentation importante par rapport à 2008, soit + 176 actes, doivent nécessairement être croisés avec le nombre des résidants hébergés (20 en 2009).

*G. Les activités de groupe thérapeutiques **

	Nombre/an	*Nombre de résidants concernés*
Réunion «chantiers »	*85*	*20*
Atelier du jeudi	*33*	*20*
Atelier « yoga »	*18*	*20*

** sont considérées comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs résidants avec au minimum un soignant.*

Ainsi, en complément des indicateurs d'accompagnement, les activités « thérapeutiques » doivent réunir les 20 usagers lors de groupes de paroles (85 sur l'année) et mobilise donc deux membres de l'équipe éducative en sus des actes précités.

Des partenaires extérieurs animent en complément une activité de yoga et un atelier ; globalisant sur 51 séances les 20 usagers des ATR. Notons cependant que les usagers ne participent pas de façon régulière à l'ensemble de ces propositions et que nous nous interrogeons sur le maintien des ateliers du jeudi.

H. Profil des résidants

a) Répartition par sexe

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*2*	*3*	*4*
Hommes	*11*	*21*	*16*
Total	*13*	*24*	*20*

Notons que peu de femmes sont concernées par un hébergement aux ATR alors que nous disposons d'appartements individuels qui rendent plus sécures leurs admissions.
Cela tient au fait que nous nous situons toujours dans la moyenne de répartition nationale des usagers hommes et femmes, environ ¼ de femmes pour ¾ d'hommes.

b) Tranches d'âge début toxicomanie

Moins de 18 ans	*16*
18-24 ans	*4*
25-29 ans	*0*
30-34 ans	*0*
35-39 ans	*0*
40-44 ans	*0*
45-49 ans	*0*
50 ans et plus	*0*

Nous constatons également que les consommations des usagers de notre service, considérées par eux comme relevant de la toxicomanie ont commencé très jeunes (- de 18 ans pour 16 personnes).

*c) Répartition des résidants suivant les produits les plus dommageables **

	1er produit le plus dommageable	*2ième produit le plus dommageable*	*3ième produit le plus dommageable*
Alcool	*3*	*2*	*2*
Tabac	*0*	*0*	*0*
Cannabis	*1*	*2*	*0*
Opiacés	*14*	*2*	*2*
Cocaïne et crack	*1*	*8*	*5*
Amphétamines, ecstasy, …	*1*	*3*	*2*
Médicaments psychotropes détournés	*0*	*1*	*3*
Traitement substitution détourné	*0*	*1*	*1*
Autres (Morphine, opium)	*1*	*0*	*0*
*Pas de produits***	*0*	*0*	*0*
Non renseigné	*0*	*1*	*5*
Total (10à% de la file active)	*20*	*19*	*15*

** Produits les plus dommageables = produits consommés (dans les 30 derniers jours précédant l'admission) les plus dommageables pour le patient selon l'opinion de l'équipe de prise en charge.*

***Les résidants qui n'ont pas consommé de produits au cours des 30 derniers jours doivent être pris en compte pour le(s) produit(s) avec le(s)quel(s) ils ont été le plus en difficulté auparavant.*

Ces consommations témoignent d'une appétence pour la cocaïne, les opiacées ainsi que l'alcool.

d) Tranches d'âge

	2007	***2008***	***2009***
Moins de 20 ans	*0*	*0*	*0*
20-24 ans	*1*	*4*	*2*
25-29 ans	*2*	*5*	*4*
30-39 ans	*5*	*9*	*8*
40-49 ans	*5*	*5*	*5*
50-59 ans	*0*	*1*	*1*
60 et plus	*0*	*0*	*0*

La tranche d'âge la plus représentative des résidants se situe dans la fourchette 25-40 ans.

e) *Moyenne d'âge*

	2007	***2008***	***2009***
Femmes	*32*	*33,66*	*38,25*
Hommes	*33,9*	*32,57*	*34,18*
Générale	*32,95*	*33,11*	*36,21*

La moyenne d'âge générale est de 36 ans, ce qui illustre la difficulté des personnes en proie à une addiction à s'insérer.
Les femmes sont plus âgées que les hommes (38 ans contre 34).

f) Statut matrimonial

	2007	***2008***	***2009***
Célibataire	*12*	*23*	*18*
Union libre	*0*	*0*	*0*
Marié	*0*	*1*	*0*
Séparé	*1*	*0*	*1*
Divorcé	*0*	*0*	*1*
Veuf (e)	*0*	*0*	*0*

La plupart des résidants sont célibataires, 1 est séparé, 1 est divorcé.

g) Nombre d'enfants

	A charge	*Non à charge*
Un	*0*	*4*
Deux	*2*	*2*
Trois	*0*	*3*
Quatre et plus	*0*	*0*
Non renseigné	*0*	*0*

Cependant notons que sur 11 personnes admises en 2009 ayant des enfants (1 personne déclarant ne pas en avoir), 9 résidants sont concernés par une autorité parentale plus ou moins actée par eux. Ces enfants sont considérés comme non à charge pour 4 d'entre eux, qui ont 1 seul enfant et pour 2, qui ont 2 enfants ainsi que pour 3 qui ont 3 enfants. Seule 1 personne a ses enfants à charge, soit deux enfants.

h) Domicile des résidants (avant hébergement)

	2007	***2008***	***2009***
Durable	*4*	*1*	*1*
Provisoire	*9*	*14*	*18*
SDF	*0*	*4*	*0*
Etablissement pénitentiaire	*0*	*0*	*1*
Communauté thérapeutique	*0*	*5*	*0*

Notons que ces usagers sont majoritairement dans la précarité d'un logement celui-ci n'étant que provisoire pour 18 d'entre eux, 1 étant en situation d'incarcération, 1 avec un logement durable.
Cette dimension doit nous alerter sur l'importance à soutenir, même si elle est tenue, une démarche visant aux dépôts de dossiers de demande de logement dès l'arrivée dans la structure compte tenu des difficultés à pouvoir avoir accès à ces possibilités sans anticiper suffisamment.

De façon emblématique, nous pouvons souligner le travail orchestré lors des bilans sur une des situations que nous avons accompagnée avec le service social de Compiègne et de Nogent sur Oise, ce, en lien avec les services des Préfectures situés sur le ressort géographique de l'usager. Cette personne est parente de deux enfants, dont l'un est à sa charge. Ces démarches qui, au moment du départ de l'intéressé, ont abouti à un relogement précaire chez des tiers, puis assez vite à un relogement effectif. Ce logement bien-sur ne sera tenable que si cette personne consolide son soin dans la durée.

Pourtant, notons que la mise en tension de cette fin de séjour - comme de tant d'autres – , pour si difficile qu'elle(s) ai(en)t pu être assumée(s) par chacun au sein des ATR, nous a convoqués, au sens noble du terme, au rappel des relations contractuelles qui nous lient à cette personne ; de même, également partagée avec nos partenaires qui se sont mobilisés de façon effective le rappel de la tenue des obligations qui lui incombaient plus complexes à suivre ou à accompagner, et qu'il fut nécessaire de lui rappeler à maintes reprises, furent – en retour après son séjour – rapportées par cet usager lui-même comme étant (re)mobilisatrice de ses capacités personnelles – à devoir – et donc, par ricochet, à pouvoir s'occuper de ses affaires.

Cette personne a pu se (re)saisir de son devenir et de celui de ses enfants… Ces aspects complexes à comprendre, à maitriser et à assumer mobilisent les affects des multiples acteurs qui gravitent autour de cet accompagnement et dégagent une grande tendance à soit ne pas s'engager dans les voies de l'exigence au profit de l'assistanat, soit à mettre cette dernière en exergues pour se défausser des éventuelles conséquences en responsabilité qui pourraient surgir, alors que cette posture même, dénie d'entrée la « capabilité » de l'usager concerné et est source d'incompréhension, voire d'injustice.

Pour les usagers, ces circuits de droits sociaux, pourtant relativement balisés, sont encore vécu comme n'étant pas pour eux, trop inaccessibles, trop compliqués, c'est en quoi nos interventions peuvent s'assimiler à la posture du passeur qui guide le trajet, mais en incarne l'aspect intangible et incontournable.

Nous nous devons d'en soutenir l'expérimentation et la recherche, en ayant – pour ce qui nous concerne – conscience de la temporalité du séjour au ATR en la faisant vivre à plein, car si le résidant n'impacte pas sur cette dimension dès le début du séjour, et sauf à reconsidérer les objectifs assignés au service des ATR, il est malheureusement évident que peu d'entre les usagers acteront d'une insertion durable ; car bien souvent, cette dimension se béquille en réponse à l'impossible, par l'addiction…

I. Situation sociale des résidants

a) Origine principale des ressources

	2007	***2008***	***2009***
Revenus de l'emploi (y compris retraite, pension invalidité)	*0*	*4*	*3*
Assedic	*6*	*10*	*7*
RMI/RSA	*4*	*6*	*6*
AAH	*1*	*3*	*3*
Autres prestations sociales	*0*	*0*	*0*
Ressources provenant d'un tiers	*2*	*0*	*0*
Autres ressources (y compris sans revenu)	*0*	*0*	*0*
Aucune ressource	*0*	*1*	*1*

En 2009, les revenus des usagers sont pour 3 personnes issues de l'emploi, des ASSEDIC pour 7 usagers, 9 personnes bénéficient d'une AAH (3) ou du RSA (6) et un usager est sans ressource.

b) Couverture sociale

	2007	***2008***	***2009***
Régime général et complémentaire	*7*	*12*	*5*
Régime général sans complémentaire	*0*	*2*	*2*
CMU avec complémentaire	*6*	*10*	*12*
CMU sans complémentaire	*0*	*0*	*0*
Sans couverture sociale	*0*	*0*	*1*

La couverture sécurité sociale qui posait d'énorme problème pour l'accès aux soins il y a quelques années, est résolue sur l'exercice 2009, pour nos 20 usagers.

Cependant, la situation personnelle de santé des résidants, si elle est beaucoup plus accessible du fait d'une couverture SS ou CMU, avec ou sans complémentaire, plus accessible, et qui témoigne du travail réalisé par notre salariée, elle n'en reste pas moins l'un des facteurs les plus sensibles et les plus préoccupants pour les personnes que nous accueillons.

Notre structure, pour autant qu'elle soit légitiment préoccupée par les nécessités attachée aux personnes de devoir s'impliquer rapidement dans une recherche d'emploi ou une formation – si possible qualifiante – ne doit pas oublier non plus le versant « thérapeutique » soignant du relais que l'institution contient en regard des fragilités liées à l'addiction des usagers admis, de leurs comorbidités psychiatriques et des conséquences directes ou indirectes des comportements compulsifs qu'elles ont eus. Nous constatons en effet, une forte médicalisation des hommes pris en charge en 2009 comme le montre le tableau ci-dessous.

J. Situation sanitaire des résidants

a) Traitements médicamenteux

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*1*	*2*	*1*
Nombre d'hommes	*6*	*8*	*12*
Total	*7*	*10*	*13*
Devenus « sans prescription » au cours du séjour	*nr*	*nr*	*0*

b) Etat de santé des résidants

	2007	***2008***	***2009***
Taux de renseignement HIV	*100%*	*100%*	*100%*
Tests effectués	*13*	*24*	*20*
Séropositifs	*1*	*4*	*4*
Nombre de résidants sous traitement	*nr*	*1*	*2*
Taux de renseignement VHC	*100%*	*100%*	*100%*
Tests effectués	*13*	*24*	*20*
Séropositifs	*6*	*7*	*7*
Nombre de résidants sous traitement	*nr*	*nr*	*nr*
Nombre d'hépatites C guéries	*nr*	*nr*	*4*
Taux de renseignement VHB	*100%*	*99%*	*99%*
Tests effectués	*13*	*23*	*19*
Séropositifs	*2*	*4*	*3*
Nombre de résidants orientés vers le CPES	*0*	*0*	*0*
Nombre acte de distribution de traitement	*nr*	*nr*	*nr*
Nombre de résidants présentant des comorbidités psychiatriques	*13*	*23*	*20*
Nombre de résidants qui ont bénéficie antérieurement d'un suivi spécialisé	*12*	*24*	*20*

Notons que 4 usagers sont HIV+, dont 2 sont sous traitement.

Par contre, plus préoccupant en pourcentage au regard de notre file active, 7 personnes sont VHC+, dont 4 considérées comme guéries. L'implication durant le séjour, sur les aspects relatifs au soutien des personnes désireuses de s'engager dans un traitement – dont nous savons dorénavant la pertinence en termes de pronostics pour les personnes qui le suive - doit (re)questionner la place accordée à ces aspects dans nos pratiques. Notons aussi que 3 personnes sont VHB+.

c) *Traitements de substitution*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de résidants hébergés sous traitement	*11*	*19*	*16*
- dont résidants sous buprénorphine	*3*	*6*	*2*
- dont résidants sous méthadone	*8*	*13*	*14*
Nombre résidants sous autres traitement à visée substitutive	*0*	*0*	*0*
Nombre de résidants sans traitement	*2*	*5*	*4*

La plupart des personnes sont sous traitement de substitution, soit 16 sur 20 personnes, dont 2 hommes sous buprénorphine et 14 sous méthadone, soit 4 femmes et 10 hommes. Notons que 4 usagers énoncent être abstinents sur la file active de 2009.

Par ailleurs, 20 personnes sont renseignées comme présentant des comorbidités psychiatriques et étaient préalablement suivies avant leur admission, néanmoins, seules 13 personnes bénéficient d'une prescription médicamenteuse sur ce registre.

La plupart des personnes émargeant sur la file active bénéficient d'une prescription Méthadone.

- *Méthadone*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*1*	*2*	*4*
Nombre d'hommes	*7*	*11*	*10*
Total	*8*	*13*	*14*
Nombre de résidants sortis du programme au cours du séjour	*0*	*0*	*0*
- dont devenus abstinents	*0*	*0*	*0*
- dont autres prescriptions de substitution	*0*	*0*	*0*
- dont à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*0*	*0*	*0*
- Nombre de résidants avec une délivrance et prescription au centre de soins	*3*	*12*	*11*
- Nombre de résidants avec une prescription centre et délivrance officine ville	*3*	*0*	
-Nombre de résidants prescrits et délivrés en ville	*2*	*1*	*3*

Seuls 4 personnes sont sous buprénorphine.

- *Buprénorphine*

	2007	***2008***	***2009***
Nombre de femmes	*2*	*1*	*0*
Nombre d'hommes	*1*	*5*	*2*
Total	*3*	*6*	*2*
Nombre de résidants sortis du programme au cours du séjour	*nr*	*nr*	*0*
- devenus abstinents	*nr*	*nr*	*0*
- dont autres prescriptions de substitution	*nr*	*nr*	*0*
- dont à l'initiative de l'équipe (pour mésusage)	*nr*	*nr*	*6*
Pour les Appartements Thérapeutique Relais *			
- Nombre de résidants avec une délivrance et prescription au centre de soins	*nr*	*nr*	*0*
- Nombre de résidants avec une prescription centre et délivrance officine ville	*1*	*3*	*1*
-Nombre de résidants prescrits et délivrés en ville	*2*	*3*	*1*

11 personnes sont conjointement suivies par le CSST de Compiègne dont le médecin généraliste prescrit la substitution, 3 usagers bénéficiant d'une délivrance de médicaments de substitution prescrite par un relais en médecine de ville.

Il est à noter à cet égard l'excellente relation que le service entretient par l'entremise de Mr LIBRIN avec ces différents praticiens. 1 personne voit sa prescription orchestrée par le CSST et la délivrance s'effectue en officine de ville.

*d) Voie intraveineuse **

	Nombre résidants
Ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent l'admission	*0*
Ayant utilisé la voie intraveineuse antérieurement (auparavant au dernier mois)	*14*
N'ayant jamais utilisé la voie intraveineuse antérieurement	*6*
Non renseigné	*0*

* *Au moment de l'admission.*

Ces usagers sont préférentiellement injecteurs, seuls 6 d'entre eux n'ayant jamais injecté selon leur dire. 5 personnes ont associé à leur mode de consommation le snif, 4 résidants énoncent avoir ingéré celles-ci.

*e) Autres modalités de consommation **

	Nombre de résidants
Sniffé	*5*
Injecté	*9*
Mangé/Bu	*4*
Fumé	*2*

** Avant l'hébergement.*

*f) Les sevrages **

Il n'y a eu aucun sevrage répertorié par le service en 2009. Une proposition de sevrage relatif à un comportement compulsif lié à l'alcool à été proposé, mais n'a pas été acté. De plus, le maintien d'habitude de consommation d'opiacés, constatés par test, n'a pas donné lieu à sevrage au cours de la prise en charge.

CONCLUSION

En conclusion, si le taux d'occupation reflète bien une réalité de besoins en ce qui concerne l' accueil de personnes désireuses de stabiliser leurs addictions, voire d'atteindre l'abstinence, tout en développant une dynamique de réinsertion, nous ne pouvons que réinterroger en permanence ces usagers et notre travail en questionnant ses modes opératoire de prise en charge qui consistent plus souvent à suivre et à être dans la reprise et la constatation plutôt que de construire avec les usagers les bases d'une démarche construite visant à conduire l'accompagnement de ceux-ci et faire émerger la concrétude factuelle de leur parcours de soin et d'insertion. Nous sommes donc invités à nous confronter aux discours des usagers et à en extraire le sel des réalités effectives dont, toujours, les parcours finissent par témoigner pour peut qu'on s'y attache, pour rendre sens au mot accompagnement et en assumer pleinement la posture d'action éducative qui en découle avec la noblesse qu'y s'y attache.

Commentaire de chiffres statistiques des ATR, fait le 3 mars 2009,
Jacques FORZY, Directeur.

LES ECRITS

« Du repérage des indicateurs de dysfonctionnement à l'action éducative… quel travail ? »

Comme pour chaque rapport d'activité, l'équipe des Appartements Thérapeutiques tente de réfléchir sur un sujet lié à sa pratique professionnelle. Des observations, des constats faits durant l'année écoulée viennent alimenter notre réflexion. Nous avons souhaité, pour cette année 2009, axer cet exercice sur certaines fins de séjour qui se sont avérées difficiles, et ce pour diverses raisons. Le constat d'un « glissement » par l'usager du cadre institutionnel posé en est une, mais aussi les difficultés pour l'équipe de recadrer certains usagers dont le séjour ne correspond pas ou plus aux objectifs fixés, avec une résultante parfois violente ; la difficulté pour certains de prendre conscience de la durée limitée de prise en charge aux ATR et qui se retrouve confronté à l'urgence d'une fin de séjour « trop vite arrivée »…Ou encore, l'inertie dont certains usagers peuvent faire preuve et ce malgré les tentatives de l'équipe pour « les mettre en mouvement ». La manière dont ces fins de prise en charge se sont opérées et ce qu'elles ont suscitées comme questionnement et comme difficultés - parfois douloureuses - nous a amené à interroger nos procédures de travail et d'accompagnements. Ce rapport d'activité est la possibilité de mettre en exergue le recueil d'éléments d'exercice

collectés durant l'année et d'en faire ce qui sera, nous le souhaitons, l'ossature d'un travail à venir.

Pierre[54] *:*

Pour illustrer nos propos, il semble intéressant de présenter quelques fragments du parcours de Pierre aux ATR.

Orienté par une structure située en Région Parisienne, Pierre est accueilli aux ATR avec le projet de rompre avec une vie dédiée à aider ceux qui, comme lui à une autre époque, sont consommateurs actifs. A presque 54 ans et toujours en situation précaire tant au niveau du logement que de ses différents droits, il souhaite se consacrer à lui et entamer les démarches, inhérentes à une vie de droit commun, qu'il n'a jamais faites.

La condition sine qua non à son admission est une présence active sur Compiègne afin de pouvoir mettre en place ses objectifs. Nous lui demandons donc de distendre - mais pas de rompre- le lien qui le rattache à l'association Parisienne où il intervient en tant que président du conseil de la vie sociale. Un planning précis de ses implications est mis en place dès son arrivée afin de pouvoir s'assurer de sa présence dans l'appartement et de commencer avec lui le travail pour lequel il a sollicité le SATO-Picardie.

Après plusieurs mois et un certain nombre de démarches, médicales et administratives faites, Pierre se met à modifier progressivement son emploi du temps Parisien et fait preuve de beaucoup moins d'assiduité de présence sur son lieu d'hébergement. L'équipe tente alors de s'adapter et les liens essentiels au travail d'accompagnement se détériorent. Malgré de nombreuses tentatives avortées pour recadrer son séjour, force est de constater que Pierre ne respecte ni le cadre, ni les engagements inhérents à son contrat de prise en charge. Un épisode violent lors d'un de ses bilans accélère d'ailleurs la décision de mettre un terme à son séjour.
Débute alors un accompagnement compliqué, distendu, avec un désinvestissement total de Pierre pour tenter de trouver une solution d'hébergement. Le dialogue avec celui-ci n'est plus empreint que de déni et de non compliance aux obligations du contrat.

Après qu'aucune solution ne se soit dégagée avec des bailleurs privés, de nombreux contacts se créent avec les différentes structures d'hébergement de longue durée du département et une solution auprès d'un AFTAM est finalement trouvée. Malgré cela, Pierre quitte la structure après onze mois de séjour sur le mode de l'exclusion suite à des violences…

A travers cet exemple, il est intéressant de s'interroger sur la méthode de repérage des indicateurs montrant un glissement du cadre institutionnel ainsi que de la posture éducative tenue. La mise en alerte doit se faire dès le repérage dans la modification du comportement et du non-respect des engagements à se stabiliser sur la ville. La tentative de l'équipe pour « s'adapter » afin de rencontrer Pierre le conforte probablement dans l'idée qu'il peut modifier, au gré de ses implications associatives, les rendez-vous prévus dans le cadre de son contrat de prise en charge. La mise en place d'éléments cadrants qui devraient permettre à l'usager de donner du sens et de la structuration à son séjour devient nécessairement plus complexe et le travail éducatif s'épuise. L'équipe se retrouve alors dans une forme

[54] *Pour des raisons d'anonymats, le prénom a été modifié*

d'accompagnement, substitué à celui de départ, ou l'usager se retrouve dans une positon toute puissante.
La posture éducative doit permettre d'éviter d'être confronté à ce type de déviance durant le séjour. Même si la mise en place d'une passerelle sémantique entre équipe et usager reste l'outil fondamental, la confrontation - au sens cadrant du terme - doit permettre la pérennité des objectifs et le respect des engagements.

Patrick[55]

Patrick est un homme de 37 ans, orienté par le CSST de Creil, pris en charge aux ATR avec comme beaucoup d'usagers, un projet de réinsertion professionnelle mais surtout le souhait de se stabiliser par le biais d'un appartement afin de pouvoir accueillir ses trois enfants ponctuellement. Cet accueil va rapidement monopoliser une très grande partie de son temps - du point de vue de la préparation - sur fond d'inquiétude omniprésente. La mesure d'AEMO dont bénéficient les enfants ne rassure pas Patrick qui les sait en danger auprès de leur mère. Cette réalité ne lui permet de se projeter dans aucune démarche, tant médicale, sociale que professionnelle. Ainsi, les objectifs fixés sont rarement tenus, Patrick fait preuve d'une très grande inertie, incapable de mener à son terme - ou dans un laps de temps très important ou avec un accompagnement éducatif - ses démarches. L'équipe se retrouve elle même « engluée » dans ses difficultés à dissocier le travail à faire avec ses enfants et celui pour lequel il est entré aux ATR. L'approche de la fin de sa prise en charge n'éveille en lui pas beaucoup plus d'intérêt ni d'inquiétude en ce qui concerne son avenir et ce malgré les enjeux liés à la garde de ses enfants. Enfin, une consommation de produits sur son lieu d'hébergement vient mettre un terme à sa prise en charge.

Il semble ici plus difficile de faire un repérage précis des indicateurs de dysfonctionnement du contenu du séjour. L'équipe met au travail avec l'usager les éléments que ce dernier amène, or la problématique principale de Patrick est principalement l'incapacité à verbaliser les éléments le concernant. Le décalage entre l'inquiétude qu'il nourrit pour ses enfants et qui l'habite de manière permanente et son laxisme afin de dégager des solutions, notamment d'hébergement, reste en soi assez mystérieux ; la nature des actions à mener avec lui est, à plus forte raison, difficile à déterminer. Néanmoins, nous devons interroger le sens de nos interventions et la manière dont sont posées et suivies les obligations de séjour contractualisées à chaque bilan mensuel. La clarification régulière des objectifs, scrupuleusement soumis à rédaction, semble être un élément de pivot sur lequel l'équipe doit pouvoir s'appuyer afin de rendre possible un suivi le plus rigoureux ainsi qu'un positionnement clair du cadre et le rappel à celui-ci aussi souvent que cela s'avère être nécessaire.

Ces deux vignettes cliniques n'ont pour simple but que de distancier notre pratique afin de mieux observer nos actions, leur contenu et l'adéquation ou pas avec la demande des usagers. Etablir rapidement le constat de non compliance au cadre ou de mésusage de produits licites ou illicites, permet de limiter les complications durant les séjours voire d'y mettre un terme et envisager avec eux une alternative de soins plus adaptée…

Jérôme LEFEVRE
Educateur Spécialisé

[55] *Pour des raisons d'anonymats, le prénom a été modifié*

CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES DES USAGERS DE DROGUE

I. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Tableau comparatif 2008-2009 des files actives

B. Nombre de passages ou contacts annuels 2008-2009

C. Caractéristiques de la file active

1) *Répartition par sexe*
2) *Tranche d'âge*
3) *Modalités de consommation*
4) *Produits consommés*
5) *Mise à disposition de matériel stérile*

II. INTERVENTIONS EN MILIEUX FESTIFS

A. Travail en « teuf »

1) *Consommations observées*
2) *Modalités de consommation*

B. Travail de proximité en bars et boîtes de nuit

III. LES LIEUX D'ACCUEIL FIXES

A. Le Relais de Montataire

B. L'antenne de Beauvais

IV. EQUIPE MOBILE

A. Secteur de Pont Sainte Maxence

1) *Usagers de drogue*
2) *Travailleuses du sexe*

B. Secteur Compiègne

Vignette clinique

C. Secteur Noyon

Vignette clinique

V. LES TOTEMS

VI. LES CENTRES DE SOINS SPECIALISES POUR TOXICOMANES

VII. PARTENARIAT AVEC LES CENTRES D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE

VIII. TRAVAIL AVEC LES PHARMACIENS

A. Vente de kits seringues en pharmacies

B. Tableau récapitulatif de la distribution (SATO) et de la vente (officines) de matériel stérile d'injection

C. Délivrance des traitements de substitution en pharmacies (agglomération creilloise)

CONCLUSION ET PERSPECTIVE 2010

IX. ANNEXE

Vignette clinique rédigée par Leslie GUIBERT stagiaire éducatrice 2ième année.

Membres de l'équipe

Me Joëlle LTEIF-Educatrice spécialisée (0,2 ETP).
Me Hélima BOUKRAA-Opératrice de proximité (1 ETP).
Me Lola LEFEVRE-Educatrice spécialisée (1 ETP).
Mr Patrick TAQUET-Educateur spécialisé (0,5 ETP).
Mr Haffid ABDELKEBIR-Educateur spécialisé (1 ETP).
Me Floriane SIEMBIDA-Infirmière (0,4 ETP du 16/02 au 06/08/2009).
Mr Benjamin AAPERT-Moniteur éducateur (0,5 ETP).
Mr Claude LEFEVRE Conseiller technique (0,1 ETP).

Stagiaires

Mlle Leslie GUIBERT- Educatrice spécialisée.
Mr Cédric FIAN-Educateur spécialisé.
Me Corinne GANTHEIL-Infirmière.
Me Isabelle BURRO-Infirmière
Mlle Sandra GUSTIN-Conseillère d'Insertion et de Probation.
Mr Mohamed Aït KHAYOUCEF-Conseiller d'Insertion et de probation.

L'équipe du CAARUD est placée depuis février 2009 sous la responsabilité fonctionnelle de M François BROSSARD, Directeur-adjoint du SATO-Picardie.

INTRODUCTION

L'année 2008 était une année de transition et de réorganisation pour le CAARUD, avec la départementalisation de son action par la mise en place d'une équipe mobile se déplaçant sur les villes de Pont Sainte Maxence, Noyon et Compiègne. Nous avons poursuivi cette action en 2009. Par ailleurs, nous avons pu ouvrir en début d'année une antenne sur un lieu d'accueil fixe à Beauvais. Enfin, la pris en compte de la problématique de réduction des risques dans nos CSST s'est amplifiée.

Nous n'avons pas été en mesure de mettre en place les deux automates « Totems » prévus sur Compiègne et Beauvais, mais les négociations avec ces deux municipalités pour le choix des emplacements sont en cours et devraient aboutir au cours du premier semestre 2010, de même que le remplacement du Totem de Creil par un appareil neuf.

Le CAARUD éprouve toujours des difficultés à renouveler la file active de son lieu d'accueil « Le Relais » à Montataire, constamment en baisse ces dernières années : les nouvelles générations de consommateurs, quels que soient les produits consommés et le mode de consommation, ne viennent pas spontanément dans ce type de lieu.

Les interventions en milieu festif se sont accrues grâce à l'engagement de deux salariés de l'équipe sur cette action, dont la file active (personnes venues au stand) a augmentée de 60 %. Dans ce domaine, nous avons également repris contact au cours du dernier trimestre avec des établissements de nuit du bassin creillois.

Le travail de proximité consistant à aller au devant des usagers par le travail de rue à porté ses fruits puisqu'aujourd'hui 45 % de la file active usagers (hors milieu festif) est rencontrée lors des déplacements de l'équipe mobile.

Nous détailleront ci-après l'ensemble des activités du CAARUD en 2009, de façon quantitative et qualitative, en mettant en évidence les points forts de nos actions et ceux qui doivent être travaillés pour l'année 2010, et qui seront repris dans une conclusion prospective.

I. ACTIVITE CLINIQUE. LECTURE ET COMMENTAIRES

A. Tableau comparatif 2008-2009 des files actives

	2008	***2009***
File active des lieux fixes	*71*	*87*
- dont« Boutique » Montataire	*71*	*64*
*- dont « local » Beauvais**	*-*	*23*
*File active de l'unité mobile *****	*82*	*155*
*- dont travail de rue à Compiègne***	*51*	*91*
*- dont travail de rue à Noyon***	*10*	*13*
- dont travail de rue à Pont Sainte Maxence	*21*	*51*
*File active « réduction des risques » des centres de soins **	*34*	*73*
File active en milieu festif	*4800*	*7687*
- dont venues au stand	*-*	*2600*
File active en milieu carcéral (infos, forums)	*-*	*65*
Total file active annuelle des usagers** (hors festif)**	*187*	*380*
*- dont nombre total de nouveaux usagers *****	*-*	*187*

** L'antenne de Beauvais a été mise en service en 2009*
*** Il s'agit bien d'un travail de rue et non d'unité mobile (cette dernière doit être constituée d'un véhicule servant de lieu d'accueil mobile).*
***** La file active a été accrue de près de 55% par la montée en charge du travail de rue, ce qui explique le taux de renouvellement de 54%*

B. Nombre de passages ou contacts annuels 2008-2009

	2008	***2009***
Lieux fixes	*1291*	*1107*
*- dont « Boutique » Montataire **	*1291*	*1037*
- dont « local » Beauvais	*-*	*70*
Unité mobile	*82*	*706*
*- dont Compiègne **	*51*	*427*
*- dont Noyon **	*10*	*66*
*- dont Pont sainte Maxence **	*21*	*213*
Centre de soins	*-*	*437*
- dont Creil	*135*	*213*
- dont Beauvais	*-*	*75*
- dont Compiègne	*-*	*149*
Soirées festives	*1720*	*2600*
*En milieu carcéral****	*-*	*65*
Total nombre de passages et contacts	*3093*	*4866*

** Nous observons une baisse continue de l'activité du relais de Montataire, de 14% entre 2008 et 2009.*
*** Les chiffres 2008 indiquent l'activité sur 4 mois, l'action a débuté en septembre 2008.*
**** items non renseigné sur l'année 2008.*

C. ***Caractéristiques de la file active***

Les chiffres indiqués sont hors soirées festives et Centres de Soins.

1) *Répartition par sexe*

.

	2007	***2009***
Femmes	*22*	*54*
Hommes	*165*	*291*
*Non renseigné**	*0*	*40*
Total	***187***	*345*

** Après le passage ou la rencontre (parfois unique) d'un usager, l'équipe n'a pas pris le temps de saisir les renseignements.*

L'augmentation du nombre de femmes, plus que doublée, s'explique par la montée en charge du travail de rue où nous rencontrons plus de femmes que dans les lieux fixes.

2) *Tranches d'âge*

	2008	***2009***
Pourcentage des -20 ans	*4%*	*5%*
Pourcentage des 20-24 ans	*17%*	*9%*
Pourcentage des 25-34 ans	*32%*	*30%*
Pourcentage des 35-45 ans	*34%*	*38%*
Pourcentage des + 45 ans	*13%*	*18%*

3) *Modalités de consommation*

	2008	***2009***
Pourcentage d'injecteurs	*40%*	*49%*
*Pourcentage « d'inhaleurs », fumeurs**	*39%*	*95%*
Pourcentage de « sniffeurs »	*39%*	*44%*
Pourcentage de « gobeurs »	*15%*	*44%*

** Sont incus les fumeurs de tabac.*

Augmentation du nombre de « gobeurs » par rapport au nouveau profil rencontrés en rue.

4) *Les produits consommés*

	2008	***2009***
Héroïne	*55%*	*62%*
Cocaïne	*39%*	*39%*
Free base/Crack	*18%*	*19%*
Buprénorphine (mésusage)	*38%*	*68%*
Benzodiazépines	*25%*	*62%*
Ecstasy	*16%*	*20%*
LSD	*15%*	*13%*
Amphétamine	*16%*	*21%*
Cannabis	*79%*	*97%*
Sulfate de morphine	*3%*	*4%*
Alcool	*78%*	*81%*

5) Mise à disposition de matériel stérile

	2008	***2009***
Nombre total kits écoulés par automates	*5842*	*2592*
Nombre total kits distribués/remis par les équipes	*7391*	*12092*
Total lieux fixes	*2258*	*1386*
- dont » Boutique » Montataire	*2258*	*1248*
- dont « local » Beauvais	*-*	*138*
Total unité mobile	*196*	*4654*
- dont Compiègne	*160*	*2516*
- dont Noyon	*9*	*1426*
- dont Pont Sainte Maxence	*27*	*715*
Total centres de soins	*4937*	*6032*
- dont Creil	*2057*	*2614*
- dont Compiègne	*2880*	*2340*
*- dont Beauvais****	*-*	*1078*
Total soirées festives	*-*	*20*
Total global kits écoulés (tout confondu)	*13233*	*14684*
*Total global « stérifilts » distribués**	*4410*	*4000*
*Total global seringues usagées récupérées***	*7555*	*15682*
*Total global brochures et matériels d'information distribués****	*1000*	*2966*
*Total global préservatifs distribués*****	*4780*	*13236*
- dont masculins	*4623*	*13031*
- dont féminins	*157*	*205*
*Total autres (précisez) **	*-*	*1314*

** Pour la distribution de stérifilt 1336 en travail de rue et 2664 au relais.*
*** 3279 au relais, 7403 au CSST, 2151 au totem, 2849 en travail de rue.*
**** En soirée 2700, au relais 150, en travail de rue 116*
***** Pour les préservatifs, 8431 au relais +CSST+Pont+Compiegne+Noyon+Beauvais et 3700 soirées « teuf » et boites et bars.*

II. INTERVENTIONS EN MILIEUX FESTIFS

Nos interventions en milieu festif se déroulent dans deux types de lieux très différents : les « rave ou free parties » appelées aussi « teufs » d'une part, les bars et boites de nuit d'autre part, qui demandent des types d'intervention très différents.

A. ***Travail en « Teufs »***

Deux éducateurs spécialisés, étant par ailleurs en lien personnel avec les organisateurs des fêtes, consacrent une partie de leur temps de travail à ces interventions, avec le concours de bénévoles : ils ont participé à 17 soirées en 2009. L'augmentation du nombre d'interventions est en partie du au renforcement de l'équipe par une seconde éducatrice spécialisée à partir de l'été 2008 et sur toute l'année 2009. Nous estimons à 2600 personnes les passages sur notre stand dans les divers évènements sur lesquels nous étions présents.

Nous avons pu constater la recrudescence de l'usage de kétamine de façon très massive lors de « rave parties » ainsi que l'usage presque « banalisé » des amphétamines et de l'alcool lors de ces soirées.

Depuis le mois de septembre, nous disposons de matériel pour proposer un shill-out, un lieu de repos et d'échange proposés aux personnes dans les soirées. Nous travaillons actuellement à son élaboration (décoration, lumières …) pour le rendre plus attrayant.

	2008	***2009***
Nombre de soirées	*11*	*17*
- dont free-parties	*-*	*9*
Nombre de participants	*4000*	*7687*
Nombre de « flyers » distribués	*2800*	*2700*
Nombre de « roule ta paille » distribués	*-*	*1314*
Nombre préservatifs distribués	*2500*	*3700*
- dont féminins	*-*	*100*
- dont masculins	*-*	*3600*
Nombre de fioles d'eau distribuées	*0*	*0*
Nombre de kits seringues distribués	*0*	*20*
Nombre de boîte récupération seringues usagées distribuées	*0*	*0*
Nombre de cuillères distribuées	*0*	*0*
Nombre de « bouchons d'oreilles » distribués	*-*	*800*
Autres (précisez) STRAWBAG 5kit sniff)	*480*	*-*
Nombre de passages au stand	*1720*	*2600*

1) *Les consommations observées*

	2008	***2009***
Cocaïne	+++	+++
Ecstasy	+	++
Amphétamine	+	++
Speed	+	++
LSD	+++	+++
Cannabis	+++	+++
Champignons	++	++
Alcool	+++	+++
MDMA poudre	++	+
GHB	-	-
Héroïne	+	+
Poppers	-	-
Kétamine	+	+++

2) *Les modalités de consommation*

	2008	***2009***
Sniffé	-	+++
Mangé/Bu	-	+++
Fumé	-	+++
Injecté	-	+

Sniffé = kétamine, speed.
Mangé, bu = alcool, LSD, ecstasy.
Fumé = cannabis, cigarettes, cocaïne.
Injecté = speed, héroïne.

B. ***Travail de proximité en bars et boites de nuit***

Dans la continuité du travail engagé, l'équipe du CAARUD distribue et mets à disposition gratuite, des préservatifs, des plaquettes de prévention et de réduction des risques sur le bassin creillois et ses environs. Les lieux ciblés sont des établissements de nuit (pubs, cafés, bars, ainsi que les boutiques piercing et tatouage) installés dans les villes de Montataire, Creil, Nogent sur Oise et Laigneville.
Lors de nos passages dans ces établissements, nous sensibilisons les personnes rencontrées à la réduction des risques et notamment à l'utilisation des préservatifs féminins et masculins. Pour cette année nous avons distribués 950 préservatifs masculins et 90 féminins, soit une augmentation de 170 % par rapport à 2008 (350 préservatifs masculin).
Dans les bars de nuit, nous avons rencontrés des responsables de boites de nuits avec lesquels nous avons pu organiser 4 soirées sur les thèmes de la réduction des risques sexuels et notamment sur le VIH et les autres IST. Elles se sont déroulées sur les villes de Bresle, Clermont, Montataire, Nogent sur Oise.

Nous essayons de démultiplier les lieux d'intervention afin d'une part, d'élargir la distribution gratuite de préservatifs et le cas échéant de matériel stérile (roule ta paille, kits d'injection) et d'autre part de sensibiliser le plus de personnes possibles à la prévention des risques HIV, VHC et IST.

	2009
Nombre de participants	*500*
Nombre de passages stand	*227*
Préservatifs masculins	*740*
Préservatifs féminins	*25*
Flyers	*172*
Consommations remarquées	*Ecstasy, alcool, cannabis, speed, coke*

III. LES LIEUX D'ACCUEIL FIXE

Le CAARUD du SATO-Picardie dispose désormais de deux points d'accueil fixes : « le Relais » de Montataire, siège historique de notre action, et une antenne à Beauvais, depuis le début de l'année 2009.

A. « Le Relais » de Montataire

Le relais est ouvert depuis fin 1994. De 1998 à 2002, il a connu une forte affluence en termes de file active et de nombre de passages quotidiens. A cette époque, la possibilité de prendre des petits repas, en plus des autres services de la boutique (matériel d'injection, laverie, douche, aide administratives… qui existent encore) était offerte aux usagers.

Au fil des années, la file active du relais a progressivement baissé ainsi que le nombre de passages journaliers. Plusieurs hypothèses, de notre point de vue, pourraient expliquer cette diminution.

Tout d'abord, l'important travail effectué par l'équipe depuis plus de 15 ans, a permis à de nombreux usagers de réfléchir à des solutions par l'accès aux soins, l'hébergement, le sevrage… C'est aussi une mission du CAARUD que de faire émerger les demandes de soins chez les usagers rencontrés. A ce jour, bon nombre d'usagers du relais sont suivis au Centre de Soins, prise en charge souvent accompagnée d'un traitement de substitution dont on a pu observer pour certains, les effets d'intégration sociale (voir étude rapportée dans le bilan d'activité 2005).
D'autres usagers sont sortis de leurs dépendance, ont déménagé, sont décédés …
Nous recevons régulièrement des visites, des appels ou des courriers d'anciens usagers, qui continuent d'entretenir un lien avec l'équipe qui les a soutenus souvent, pendant des années.

En 15 ans, le profil des consommateurs a changé. Ceci explique d'ailleurs, en partie, la difficulté de renouvellement de la file active. En effet, aujourd'hui, les jeunes usagers précarisés sont de plus en plus nombreux mais ils sont réticents à se présenter dans les associations. Nous avons donc décidé de développer le travail de rue. Pour ce faire, nous effectuons des maraudes dans différentes villes, plusieurs jours dans la semaine. Le relais est donc plus souvent fermé. Seuls les lundis et vendredis sont maintenant ouverts sur une longue plage horaire (13h –19h). Nous pouvons penser que cette amplitude d'ouverture moins large,

ne permet pas à tous les usagers de venir comme auparavant. De plus, quand l'équipe est restreinte, nous privilégions toujours le travail de rue au détriment du relais qui est donc resté fermé plusieurs fois dans l'année.

La qualité de l'accueil passe par l'équipe mais aussi par les conditions matérielles qui sont offertes aux usagers. Le local a vieilli, il n'est plus très chaleureux (sols abîmés, peinture défraîchie …). De plus, l'étage n'étant plus aux normes, nous ne pouvons plus y faire monter les usagers pour des entretiens ou utiliser le matériel informatique. Par ailleurs, la loi Evin contre le tabagisme passif interdit de fumer dans les locaux. Beaucoup d'usagers fument énormément, surtout en période de consommation importante. Aujourd'hui, ils ne peuvent donc plus s'asseoir, se poser et fumer leur cigarette. Ils sont obligés de sortir sur le trottoir pour fumer. Ce n'est ni très pratique, ni très discret pour les personnes qui ne veulent pas forcément être repérées devant un local accueillant des toxicomanes.
Malgré le fait que nous n'accueillons plus autant d'usagers qu'en 1998 (bien que nous ayons enregistré cette année 1037 passages et 64 personnes en file active), l'importance du lieu d'accueil est à considérer. Cela reste un vrai point de chute pour certains usagers qui continuent à vivre des situations compliquées (logement, santé, solitude ….) et qui ont besoin d'un endroit où se poser, souffler un peu autour d'un café, d'une conversation …Les démarches administratives, les services tels que la laverie et les douches, nécessitent un local. Certes le travail de rue nous permet de rencontrer plus de personnes, mais nous ne pouvons pas les accompagner comme au relais. C'est pour cela que, sur proposition de la ville de Montataire, nous allons changer de local. Nous resterons dans la ville et disposerons d'un plus grand espace d'accueil ainsi que d'un jardinet privé. Notre travail sera donc de réussir à ramener dans ce lieu les personnes rencontrées dans la rue et qui auraient besoin de ces services.
(Voir en annexe, vignette clinique qui illustre le propos).

B. L'antenne de Beauvais

Durant l'année 2009, l'équipe du CAARUD a commencé un travail d'investigation sur les quartiers et le centre ville de Beauvais afin d'aller à la rencontre de toxicomane étant dans une consommation active de stupéfiants. Ceux-ci peuvent aussi être accueillis dans notre local situé près du centre ville tous les mardis après-midi de 13h30 à 17h00. Ils peuvent se poser, prendre un café et accéder au matériel de réduction des risques (kits seringues, Roule Ta Paille, préservatifs).

Du fait d'une méconnaissance de la ville et des quartiers de Beauvais, l'équipe du CAARUD n'a pu entrer en contact avec les usagers que tardivement, dans le milieu de l'année.
Concernant les différents groupes rencontrés, on observe une forte consommation d'héroïne et de buprénorphine en mésusage, consommées en majorité par voie intra veineuse (IV).
Nous rencontrons quelques personnes en grande marginalité sociale et sans domicile fixe. La mendicité semble être leur seul moyen de survie. Afin de gérer le manque, ils partagent à plusieurs un traitement de buprénorphine. Nous avons rencontré nos collègues du CSST de Beauvais dans le but de présenter, définir et d'élargir en commun, le travail de réduction des risques sur la ville concernée.

Actuellement nous essayons de nous appuyer sur les personnes accueillies, par le biais « du bouche à oreille » et de « l'auto support » afin de promouvoir la pratique de la réduction des risques auprès d'autres usagers de drogues.

IV. EQUIPE MOBILE

L'équipe mobile a pris toute sa place dans les actions du CAARUD cette année : son action représente près de la moitié de la file active (hors festif) et la majeure partie de son renouvellement. L'activité est surtout montée en charge sur le secteur de Compiègne, où elle est particulièrement stable désormais avec une population marginale et très désocialisée. Elle est plus aléatoire sur des petites villes comme Pont Ste Maxence ou Noyon, où les usagers craignent d'être plus facilement « repérés » lorsqu'ils fréquentent notre équipe, facilement identifiable par son véhicule.

Nous avons pu également remarquer combien la présence d'une infirmière dans cette équipe est précieuse, car elle permet d'élargir la question de la réduction des risques aux problématiques d'accès aux soins. S'il est difficile de procéder à des soins en travail de rue, sensibiliser les usagers aux questions de santé, répondre à leurs angoisses et les accompagner le cas échéant dans des structures médicales est indispensable. Malheureusement, ce poste n'a été occupé que pendant quelques mois, et nous sommes actuellement en cours de recrutement.

Par ailleurs, nous avions misé pour le démarrage de l'action sur un petit véhicule, servant à l'équipe pour se déplacer avec le matériel mais ne permettant pas d'accueillir les usagers à l'intérieur. Il nous semble aujourd'hui qu'un véhicule plus grand serait nécessaire pour permettre d'y faire des entretiens mais aussi de se mettre à l'abri des intempéries.

A. Secteur de PONT SAINTE MAXENCE

1) Usagers de drogue

Concernant les usagers que nous rencontrons à Pont Ste Maxence, nous pouvons dire que jusqu'à septembre, il s'agissait des mêmes personnes, qui avaient bien repéré nos missions et horaires de passages. Il y avait alors une forte distribution de kits. Puis en septembre, suite à de nombreuses arrestations pour deal et consommation, un climat de méfiance s'est instauré. Les usagers ne stationnaient plus au même endroit, et ne voulaient plus être vus en notre compagnie. Le contact a été perdu en quelques semaines… Aujourd'hui, cette intervention est stérile faute de pouvoir joindre les usagers.
Pour parer à ce « climat de peur », nous avons décidé de passer quelques après-midi au CSST de Creil, pour tenter d'y rencontrer des usagers de Pont Sainte Maxence, les rassurer et essayer de trouver d'autres modalités de rencontres : autres lieux, autres horaires, contacts téléphoniques pour rendez-vous…sont autant de pistes de réflexion pour renouer le lien de confiance.

2) Travailleuses du sexe

Depuis le mois de septembre, nous rencontrons les femmes prostituées de Pont Saint Maxence, Fleurines et de la route de Senlis. Elles sont six, qui travaillent dans leur véhicule de type camionnette : il s'agît de femmes indépendantes, sans souteneurs. Certaines ont perdu leur travail et se prostituent pour pallier au manque financier et exercent depuis plusieurs années. Nous leur proposons un café ou un thé pour rendre notre approche conviviale et développer ainsi le climat de confiance nécessaire à la discussion sur les problèmes de santé inhérents à leur activité. Pour le moment, nous n'abordons que le thème de la réduction des risques sexuels et leur donnons une vingtaine de préservatifs masculins et gels à chacune

toutes les semaines. Au cours de nos entretiens, nous avons également abordé la question des dépistages, ainsi que celle de leur vécu au quotidien : nous avons remarqué que certaines ont des pratiques sexuelles à risques non protégées, du fait que les tarifs pour ce genre de prestations sont plus élevés. Il semble que la baisse de fréquentation les incite à accepter plus facilement de prendre ce risque. Nous avons une suspicion pour certaines de consommation d'alcool et de crack ou de cocaïne mais ce sujet reste difficile à aborder tant que la confiance ne sera pas solidement établie entre ces femmes et l'équipe du CAARUD.

Nous réfléchissons à engager ce type d'action sur d'autres secteurs du département où des femmes se livrent à la prostitution. Pour mettre en place une méthodologie de travail, l'équipe se rendra en visite dans des associations ou services parisiens spécifiquement orientés sur l'action en direction des travailleurs du sexe.

B. Secteur de COMPIEGNE

Notre venue a vite été intégrée par les usagers qui ont confiance en l'équipe du CAARUD : ainsi possédons nous les numéros de téléphone de plusieurs d'entre eux pour faciliter le contact et fixer les lieux et heures de rendez-vous ; en ville lors des maraudes, devant les magasins où ils se livrent à la mendicité, à proximité de leurs lieux de résidence (squat, campement en forêt…).

Nous voyons régulièrement une vingtaine d'usagers ainsi que toutes les personnes gravitant autour. Ce sont des personnes très marginalisées et peu travaillent ou disposent d'un logement. Ces conditions de vie très difficiles nous ont amené à distribuer, outre le matériel d'injection, un kit d'hygiène de base comportant brosse à dent, dentifrice, savon en gel, gels douches et shampoing, cotons tiges, lingettes… De leurs conditions de vie découlent également de nombreuses pathologies liées à la précarité : blessures, abcès… ils rechignent à se rendre aux urgences pour se faire soigner. Nous avons pu expérimenter pendant quelques mois la présence d'une infirmière dans l'équipe de maraude, ce qui permet tout à la fois de prendre en charge la « bobologie », mais surtout de sensibiliser ceux qui en ont le plus besoin à la nécessité d'une réelle prise en charge de soins à l'hôpital.

Une autre difficulté a été identifiée sur la ville de Compiègne, du fait des pratiques de mendicité et d'occupation du territoire public qui sont interdits par arrêté du Maire. Pour ne pas exacerber les tensions avec les fonctionnaires de police chargés de faire respecter cet arrêté, nous avons donc du trouver d'autre lieux un peu plus excentrés pour rencontrer les usagers : ceux-ci ont rapidement intégré cette nouvelle donnée et se déplacent pour nous rencontrer.

Plusieurs usagers sont suivis au centre de soins de Compiègne, nous travaillons en partenariat avec les éducateurs. Nous souhaitons renforcer ces liens afin d'envisager ensemble les réponses les plus adaptées pour ainsi accompagner au mieux les usagers dans l'accessibilité aux soins. Le principe de rencontre inter équipes régulières est adopté et sera mis en place début 2010.

Vignette clinique illustrant ce propos

D, est une jeune femme de 24 ans que nous rencontrons régulièrement sur Compiègne depuis un an. Elle nous a été orientée vers l'équipe mobile du CAARUD par le CSST de Compiègne, par qui elle a été, un temps, prise en charge. Jeune femme au passé compliqué, à la rue

depuis de nombreuses années, ne disposant plus de soutien familial, elle est actuellement à un fort dosage de méthadone, Elle consomme tout de même beaucoup d'héroïne en injection, Nous la rencontrons pour lui fournir des kits. Elle est en demande de relationnel et a donc donné facilement ses numéros de téléphone et adresse. Suite à des injections répétées D a de nombreux abcès aux jambes qui s'infectent régulièrement. En fin d'année 2009, ses blessures se sont aggravées et elle a beaucoup hésité à consulter.
Nous l'avons accompagnée dans ses rendez vous médicaux et ses recherches d'infirmiers, mais malgré des soins à domicile, elle a du être hospitalisée pour éviter une septicémie. Sortie contre avis médical au bout de deux semaines, n'arrivant pas à gérer l'absence de son compagnon, de ses chiens et surtout l'absence d'injection, elle se retrouve donc dans son logement très précaire, en béquille, à devoir retrouver un infirmier qui accepterait de lui prodiguer des soins qui nécessitent une hospitalisation.

Nous lui avons expliqué les possibilités de sevrage, de post cure…car elle avait exprimé son « ras-le-bol » des injections et souhaitait arrêter. La difficulté vient de ses chiens qu'elle ne veut pas laisser bien que son état de santé nécessite réellement une prise en charge en milieu médicalisé. Ce cas illustre le besoin auquel le SATO-Picardie va répondre en mettant en service fin 2010 une structure de Lits Halte Soins Santé pouvant accueillir ce type de patient accompagné de son animal domestique.

C. Secteur de NOYON

Nous voyons de façon régulière trois personnes sur Noyon dont, deux qui chaque semaine prennent une trentaine de kits, à chaque passage. Nous récupérons toutes les seringues distribuées usagées, cet échange est entré dans leur mode de fonctionnement. Ces personnes sont mieux insérées que celles que nous rencontrons à Compiègne : elles travaillent et ont un logement.

Nous sommes par contre face à un mur avec les usagers que nous rencontrions en septembre 2008 au parc de la mairie car une peur des forces de l'ordre avait créé un vent de suspicion à notre égard. Nous avons de ce fait du mal à aller à l'encontre de nouveaux usagers sur Noyon. Le bouche à oreille fonctionnant un peu, diffuse le numéro de téléphone portable, ce qui nous conduit à nous déplacer où l'usager souhaite et nous permet tout de même de rencontrer quelques nouveaux usagers, Nous constatons un réel besoin d'un temps infirmier pour soigner de nombreux abcès et malaises liés aux consommations et au mode de vie.

Vignette clinique

Nous avons tout au long de l'année 2009 accompagné plus particulièrement dans ces démarches de soins et d'hébergement, un usager : J, dont nous avions déjà décrit la situation dans le rapport d'activité 2008. Nous l'avons tout d'abord accompagné pour refaire ses papiers d'identité et de sécurité sociale ainsi que les papiers vétérinaires relatifs à sa chienne.

Il s'est alors motivé pour engager une démarche de sevrage et trouver une solution d'hébergement pour la suite de celui-ci. Beaucoup de projets se dessinaient dans sa tête : il s'imaginait bien vivre autrement, "normalement" mais redoutait tout de même d'être seul dans ce futur. J a donc passé plusieurs visites médicales de santé et par la suite pris rendez vous au CASA de Clermont de l'Oise pour une hospitalisation dans l'optique d'un sevrage méthadone et alcool. Nous avons trouvé une association à Metz qui propose des familles d'accueil pour personnes toxicomane : ce projet lui a plu, il pouvait prendre sa chienne avec lui et disait être

content de retourner à la campagne et d'avoir une vie avec des repères éducatifs grâce aux accueillants. Plus le temps d'entrer en sevrage se rapprochait, plus J devenait fuyant, esquivant une partie des rendez vous. Il s'est ainsi présenté en retard à l'entretien pour la famille d'accueil et l'association n'a donc pas pu lui proposer de continuer les démarches.

C'est donc dépité qu'il a entamé son sevrage sans projet pour sa sortie. Il a tenu 2 semaines mais suite à une alcoolisation massive lors d'une sortie, l'équipe du CASA a décidé de le renvoyer du programme. Depuis J, a coupé tout contact avec notre équipe, nous savons qu'il continue d'aller au CASA pour son traitement méthadone et qu'il erre dans une autre ville que Noyon. Il vient cependant d'être hospitalisé en psychiatrie à sa demande.

Cet exemple d'accompagnement met en évidence la difficulté de travailler avec de jeunes usagers, très marginalisés, souvent seuls et sans repères. J a pu considérer comme un échec son renvoi du sevrage alors que tout ce qu'il a entrepris lui a permis d'avancer dans sa problématique, Il est aujourd'hui suivi régulièrement pour la méthadone, consomme beaucoup moins en injection et s'est rendu compte qu'il avait des problèmes psychologiques à traiter.

V. LES « TOTEMS »

	2008	***2009***
Nombre total kits écoulés par automates (Creil)	*5842*	*2592*

La baisse des chiffres du totem pour l'année 2009 s'explique par le dysfonctionnement mécanique de celui-ci qui, installé en 2003 demande aujourd'hui à être remplacé. Nous avons obtenu de la Tutelle l'affectation d'une part de l'excédent comptable 2007 à l'achat d'un nouvel automate, qui sera installé au même endroit en début d'année 2010. Cet appareil complète le dispositif de RDR du bassin creillois, composé de l'accueil au « Relais » de Montataire et du CSST de Creil qui délivre également du matériel.

Par ailleurs, nous avons prévu d'installer le même type de matériel à Beauvais et Compiègne. Nous négocions avec les municipalités de ces deux villes le meilleur emplacement possible, qui pourrait être pour Beauvais dans le petit parc proche de la gare SNCF et sur le cheminement vers la gare routière, et pour Compiègne la place du Change. Ces endroits sont tout à la fois en centre ville, avec possibilité d'accès en véhicule et de parking, tout en étant à l'écart des grandes voies de circulation.

VI. LES CENTRES DE SOINS SPECIALISES AUX TOXICOMANES

Les trois centres de soins ambulatoires du SATO-Picardie de Creil, Compiègne et Beauvais participent à l'action de réduction des risques en mettant à disposition des usagers le matériel et la documentation nécessaire, en accès libre dans les salles d'accueil. Ces centres ont distribué sur l'année 2009 un total de 5662 Kits pour 73 personnes :

- *CREIL : 2244 Kits File active RDR : 35 personnes.*
- *COMPIEGNE: 2340 Kits File active RDR: 19 personnes.*
- *BEAUVAIS : 1078 Kits File active RDR : 19 personnes.*

Ils constituent ainsi un complément indispensable aux accueils fixes et mobiles du CAARUD, en particulier sur Beauvais et Compiègne qui ne sont pour le moment disponibles qu'une fois par semaine. Ce dispositif permet également de favoriser les synergies entre les équipes, et de faciliter l'accès aux soins des usagers de la RdR en la familiarisant avec les lieux et les équipes de nos centres de soins ambulatoires.

VII. PARTENARIAT AVEC LES CENTRES D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE (CADA)

Depuis plusieurs années, le CAARUD travaille en partenariat avec le CADA de Nogent sur Oise. Les objectifs de cette collaboration sont l'information, la promotion de la réduction des risques notamment concernant le VIH et les Hépatites ainsi que l'accès aux soins.
En 2009, nous avons été contactés par le CADA de Senlis afin d'initier une mise à disposition gratuite de préservatifs et de plaquettes d'informations sur le VIH et les hépatites.
Lors de nos rencontres, nous proposons aussi des journées d'information en direction du public accueilli. Ces modalités de coopération sont une opportunité pour, le cas échéant, faciliter les liens avec le centre de soins.
Durant ces années nous avons mis à disposition 960 préservatifs masculins et 90 féminins sur les deux CADA cités, soit une augmentation de 284 % par rapport à l'année 2008 (250 préservatifs).

VIII. TRAVAIL AVEC LES PHARMACIES

Depuis de nombreuses années, nous interrogeons, en particulier sur le bassin creillois, les pharmacies de ville afin de collecter des informations sur la vente de kits seringues et sur les délivrances de traitements de substitution (méthadone, buprénorphine). Cela nous permet au passage de nous entretenir avec les pharmaciens sur les éventuelles difficultés rencontrées avec les usagers.
Il est utile de continuer ce travail et d'envisager son élargissement aux officines des villes sur lesquelles nous intervenons (Compiègne, Noyon, Beauvais, Pont Sainte Maxence).

A. Vente de kits seringues en pharmacie

	2007		*2008*		*2009*	
	Nbre officines sondées	*Nbre stéribox vendus*	*Nbre officines sondées*	*Nbre stéribox vendus*	*Nbre officines sondées*	*Nbre stéribox vendus*
- Creil	*14*	*1626*	*11*	*1373*	*12*	*1655*
-Nogent sur Oise	*9*	*1169*	*8*	*789*	*8*	*755*
- Montataire	*5*	*505*	*3*	*233*	*5*	*485*
- Villers St Paul	*2*	*180*	*2*	*436*	*2*	*284*
Total	*30*	*3480*	*24*	*2831*	*27*	*3179*

B. Tableau récapitulatif de la distribution (SATO) et de la vente (pharmacies) de matériel stérile d'injection

	2007	***2008***	***2009***
Kits SATO (distribution)	*11778*	*10157*	*14684*
Kits pharmacies (vente)	*3480*	*2831*	*3179*
Total	*15528*	*12988*	*17863*

C. Délivrance de traitements de substitution dans les pharmacies de ville

Villes d'implantation	*Nombre d'officines*	*Nombre de délivrances subutex*	*Nombre de délivrances méthadone*
- Creil	*12*	*9*	*6*
- Nogent sur Oise	*8*	*6*	*3*
- Montataire	*5*	*5*	*4*
- Villers Saint Paul	*2*	*2*	*1*
Total	*27*	*22*	*14*

A la question concernant la délivrance de buprénorphine ou de méthadone les pharmaciens interrogés répondent :

- *oui, pas de problème.*
- *non, pas de « demande ».*
- *orientation possible si la personne est connue de la pharmacie, si la délivrance est hebdomadaire et non quotidienne, facilitation par la méthadone gélules, système du lien médecin/pharmacien par ordonnance unique.*

On peut aussi remarquer que quelques représentations sur le comportement des toxicomanes perdurent telles, leur violence ou les vols.
Un certain nombre de pharmaciens évoque leurs difficultés matérielles pour stocker la méthadone.

CONCLUSION ET PERSPECTIVE 2010

Le travail de l'équipe du CAARUD sur l'année 2009 a confirmé l'intérêt de mettre en place des actions allant au devant des usagers, sur leurs lieux de vie, de fête, de consommation. Les nouveaux usagers ne viennent pas spontanément dans nos structures pour avoir accès à l'information et au matériel de réduction des risques. C'est par la diversité des actions entreprises envers l'ensemble des publics concernés que nous pourront sensibiliser un maximum de consommateurs aux nécessités de la réduction des risques, ainsi que de l'accès aux dépistages et aux soins. Toutefois, l'exemple des petites villes nous incite à mettre en place des actions adaptées, au fonctionnement souple, tenant compte du mode de vie et de l'environnement des usagers, avec une réflexion approfondie sur le travail de partenariat local pouvant être mis en place (réseau médico-social, pharmaciens, médecins généralistes…). Par ailleurs, il est utile de penser à un rééquilibrage des actions entre les accueils fixes et les équipes de rue, tout en préservant la capacité d'intervention en milieu festif. Enfin, l'extension de notre CAARUD sur le sud de l'Aisne au second semestre2010 dans les secteurs de Château-Thierry et de Soissons doit nous conduire à réfléchir aux

modalités de fonctionnement global du service, tout en permettant d'investir un secteur de l'Oise jusqu'alors non couvert (Crèpy-en-Valois) et des populations jusqu'ici délaissées comme les milieux de la prostitution.

Les grands axes à travailler en 2010 seront donc :

- *Investissement d'un nouveau local plus adapté et accueillant pour l'accueil fixe de Montataire (2ème trimestre 2010)*
- *Adaptation du local de l'antenne de Beauvais pour répondre aux besoins d'hygiène*
- *Reprise des activités sur le sud de l'Aisne, en partenariat avec les structures d'addictologie et en particulier les hôpitaux de Château-Thierry (juin 2010) et Soissons (septembre 2010), avec mise en place d'équipes mobiles (Charly, Villers-Cotterêts) et en milieu festif ;*
- *Remplacement du « Totem de Creil, installation des automates prévus sur Beauvais et Compiègne (second trimestre 2010)*
- *Intensification des équipes mobiles sur Compiègne, et approche du secteur de Crèpy en Valois ; approche en travail de rue à Beauvais et sur le bassin creillois.*
- *Maintien des interventions en milieux festifs sur le département de l'Oise et dans les établissements de nuit du bassin creillois*
- *Evaluation des besoins et proposition d'action dans les milieux de la prostitution*
- *Poursuite de la prise en compte de la réduction des risques dans les antennes de soins ambulatoire du CSAPA du SATO-Picardie*

Le SATO-Picardie continuera par ailleurs à participer aux réflexions et rencontres organisées au niveau national, en particulier aux 3èmes rencontres de la Réduction des Risques organisées par l'AFR à l'automne 2010.

IX. ANNEXE

Vignette clinique rédigée par Leslie GUIBERT stagiaire éducatrice 2ième année.

Pour illustrer le travail que nous effectuons sur le local de Montataire, ouvert depuis 15 ans, nous pensons qu'il peut être intéressant d'évoquer un usager que nous voyons très régulièrement. Nous l'appellerons Didier.

Synthèse

Sa situation familiale

Didier a 42 ans, il est le benjamin d'une famille de neuf enfants. Il est issu d'un milieu modeste dont le père était officier dans le milieu pénitentiaire et la mère au foyer. Il a eu une enfance heureuse et stable. Dernier de sa fratrie, Il fut un enfant particulièrement chéri et protégé par ses parents.
Provenant d'une famille d'origine Algérienne, Didier est le seul enfant à porter un prénom français. Son père lui aurait donné ce prénom afin que son intégration, et par conséquence son insertion professionnelle se fasse dans les meilleures conditions possibles.
Didier est divorcé et a deux filles de 14 et 19 ans qui habitent dans le sud de la France avec leur mère. La séparation d'avec sa femme a été compliquée, sa vie passée avec elle est un

souvenir qui reste douloureux pour lui. Didier a du mal à tourner la page que se soit à propos de la vie de couple avec la mère de ses enfants ou sur le confort de vie qu'il avait autrefois. Les contacts avec ses filles restent occasionnels. La plus âgée a une rancœur contre son père et ne souhaite pas avoir de ses nouvelles. Quant à la dernière qui est désireuse d'en avoir, Didier reste très distant ayant honte et peu d'estime de lui vis-à-vis de sa situation.
Aujourd'hui, Didier n'a pas réussi à retrouver une vie familiale et professionnelle stable. Il est en couple depuis environ sept ans avec une femme qui se trouve également dans une situation sociale et personnelle très instable. Sa compagne, Sandra, a des problèmes d'alcool et de consommation de benzodiazépines. Elle touchait il y a peu les Assedic, mais a été radiée de l'ANPE pour cause d'absence à leur convocation. De ce fait, Didier et sa compagne ont pour seul revenu le RSA, touché par Didier. De plus, ils vivent dans un petit studio d'un foyer dans lequel Didier s'était fait exclure par le directeur pour cause de menace sur sa personne. Didier est alors hébergé par sa compagne qui peut d'un moment à l'autre le mettre dehors.
Les conditions de vie précaire de Didier, ainsi que son parcours toxicomaniaque dont je parlerais précisément plus loin ne facilitent pas la réinsertion de celui-ci qui perd pied de plus en plus.

<u>Son parcours professionnel</u>

Depuis son retour dans l 'Oise en 2000, l'équipe travaille sur la réinsertion professionnelle de Didier, mais cela reste très compliqué. Malgré quelques périodes positives, Didier reste une personne instable qui a du mal à garder un travail.
Lorsque Didier habitait dans le Sud avec sa famille (femme et filles), il travaillait dans une entreprise de transport scolaire.
A son retour dans l 'Oise, il a dû dans un premier temps repasser son permis, puis en 2006, il a obtenu un financement pour passer son permis poids lourds (le permis C et la FI MO). Il trouve rapidement un CDI mais se rend vite compte que sa profession est incompatible avec son addiction. Il rompt les contrats les uns après les autres, soit parce qu'il ne tient pas, soit parce qu'il trouve que ce qu'on lui propose n'est pas suffisamment bien payé.
Il a fait ensuite une formation à Lyon dans le transport de produits toxiques et trouve un CDI, mais malgré une bonne rémunération, le met en péril n'arrivant pas à lier son travail à sa dépendance.
Depuis plus d'un an, Didier n'a plus travaillé, et malgré les démarches qu'on a pu faire avec lui durant mon stage (envoi de CV, entretiens d'embauche, etc.), cela a toujours abouti par des échecs du fait que Didier ne se rendait pas au rendez-vous ou interrompait les périodes d'essai ou postes qu'on lui proposait.

<u>Son parcours toxicomaniaque</u>

Contrairement à la majorité des toxicomanes qui commencent à consommer pendant leur adolescence, Didier a débuté ses consommations tardivement, à 28 ans.
Didier aurait commencé à consommer car il ressentait de l'ennui dans sa vie à cette époque et se fascinait pour la marginalité, l'illégalité. De plus, Didier gravitait déjà à cette époque dans ce milieu car aimant vivre au-dessus de ses moyens, il faisait du trafic. De ce fait, comme de nombreux toxicomanes, son addiction l'a conduit à certains actes de délinquance qui l'ont mené trois fois en détention, deux fois incarcéré pour de courtes peines et la dernière pour quatre ans.
Didier est venu au CAARUD dès ses débuts de consommateur pour se procurer du matériel stérile. A cette époque, Didier présentait et s'habillait bien, mais il est très vite devenu dépendant à l'héroïne.

Didier fait partie du peu de patient qui ont obtenu un traitement de substitution au skénan ®(morphine), seulement il était incapable de respecter la posologie. Didier était à l'époque suivi par un médecin de l'hôpital qui lui renouvelait son ordonnance toutes les deux semaines. Cependant, il a dû être substitué par un autre médecin qui n'était pas partisan du traitement au skénan® et l'a fait passé à la méthadone. Didier n'a pas tenu le programme, faute de pouvoir injecter (la méthadone ne pouvant pas être utilisée par voie intraveineuse).
Didier retrouve alors un médecin sur Paris qui veut bien lui prescrire de nouveau du skénan®. Il le gère alors tout seul mais rencontre des difficultés. Il ne respecte pas la posologie indiquée, il prend plus que le dosage prévu. De ce fait, un second médecin devait donc lui faire une double prescription, à la buprénorphine afin qu'il puisse tenir le temps restant jusqu'à la fin de son ordonnance sans se retrouver en état de manque (la double prescription d'un traitement de substitution est interdite).

Didier retente à cette époque un nouveau passage à la méthadone qui échoue de nouveau.
Lors de mon début de stage, Didier jonglait entre les prescriptions de skénan® et de buprénorphine. Il consomme actuellement de l'héroïne, ainsi que du skénan®, des benzodiazépines et de la buprénorphine qu'il se procure illégalement.
Parfois, Didier évoque le fait qu'il voudrait passer de nouveau à une prescription de méthadone, mais il n'arrive pas à franchir le pas. Le fait de ne pas s'injecter le produit représente pour lui une étape infranchissable pour l'instant. En effet, c'est le traitement de substitution qui lui conviendrait le mieux, la méthadone ne pouvant pas s'injecter, Didier fait un mésusage des traitements au skénan® et de la buprénorphine, ne respecte pas la posologie et se l'injecte.
Il va sans dire que ses injections ont énormément détérioré sa santé et son physique, faisant abcès sur abcès et engendrant des problèmes sexuels, de dentition, de peau. De plus, son hygiène de vie passe en second plan désormais, ce qui ne renvoie pas une image très positive de lui.

<u>Analyse</u>

Didier est une personne extravertie qui a un besoin de communiquer. Au premier contact, il montre une certaine assurance, sans pour autant l'être réellement. En effet, Didier parle facilement de lui que se soit aux personnes qu'il connaît bien ou peu. Puis, lorsqu'il nous accorde sa confiance, qu'il se confie davantage, on se rend compte en creusant que cette assurance cache, dissimule une certaine fragilité due à une succession d'échecs, à son manque de confiance en lui, et surtout à un certain mal-être, tant au niveau psychique que physique.
En effet, Didier semble souffrir d'une carence identitaire. Ayant perdu son père durant l'adolescence, il a manqué d'un repère paternel et d'une autorité. De plus, c'est le seul enfant de la fratrie qui porte un prénom français, d'autant plus que chez lui, sa famille l'appelait par un prénom arabe, ce qui devait être très déstabilisant pour lui. Cela a dû certainement compliquer la construction de son identité et l'expression de sa propre personnalité. D'autant plus qu'il paraît y avoir beaucoup de flou autour de ses origines et racines, ce qui ne favorise pas un bon développement identitaire.
Didier peut avoir de nombreuse phases dépressives où il peut prendre beaucoup de cachets type lexomil®, et boire énormément, en plus de sa dépendance à la drogue. Dans ces moments il peut être totalement désinhibé jusqu'à ne plus se souvenir des comportements qu'il a pu avoir envers autrui. En effet, il peut se montrer « lourd », insistant, voire même

dans la séduction quand il se trouve dans cet état. Généralement, quand cette période passe, il attend quelques jours avant de revenir au local pour s'excuser de son comportement.
L'équipe lui a proposé à maintes reprises d'entreprendre une thérapie, mais ce projet n'est pour l'instant pas envisagé par Didier.
Didier peut se monter très séducteur et utilise cette facette de sa personnalité pour arriver à se confier plus facilement et à obtenir ce qu'il veut. C'est pourquoi, il va plus facilement vers les femmes de l'équipe pour obtenir de la compassion ou du soutien de leur part. Il est donc important de garder une certaine distance avec Didier et de lui rappeler de temps à autre les limites à ne pas franchir. Ainsi, Didier se tourne généralement vers les femmes lorsqu'il désire de l'aide pour ses démarches. Il faut alors lui rappeler que c'est un homme et non un enfant, qu'on peut le diriger, l'accompagner mais qu'on ne le fera pas à sa place, son but étant d'en faire le moins possible.
Par contre, Didier ayant des soucis d'ordre sexuels dus entre autre, à sa prise de produits et d'alcool, il se confiera dans ce cas aux hommes de l'équipe. En effet, ayant déjà une faible estime de lui-même, il ne voudra pas dévoiler cette facette, ce problème aux femmes de l'équipe, ce qui le gênerait de renvoyer l'image d'un homme « impuissant ».
La relation établie entre Didier et moi est donc la même que celle des autres femmes de l'équipe. Il est important que l'on garde la même approche avec Didier car si on lui enlève ce semblant de « pouvoir » qu'il pense avoir sur les femmes, alors on lui retira le peu d'estime qu'il lui reste.
Didier peut faire preuve de réelles capacités comme il a pu le prouver à l'équipe en étant assidu à ses formations et en obtenant ses différents permis, cependant un soutien de la part de l'équipe doit être constant au quotidien pour que Didier ne perde pas pied. D'ailleurs, il qualifie souvent l'équipe du CAARUD comme étant une « famille » pour lui, ce qui prouve que leur absence ou leur perte serait vécu une nouvelle fois comme un échec pour Didier.

Didier doit maîtriser tout autour de lui, il sait d'ailleurs mener son petit monde comme il le désire et fait preuve d'une bonne élocution et argumentation pour obtenir manipuler ce qu'il veut des gens.
Didier tient à tout maîtriser autour de lui, même si dans la réalité c'est loin d'être le cas. Il est d'ailleurs capable de tout mettre en œuvre quand il s'agit d'obtenir ce qu'il veut à propos de ses addictions, même si cela l'a parfois conduit à l'incarcération.
Didier est une personne attirée par les comportements à risques et est fasciné par la transgression, les armes (etc.), ce qui expliquerait son désir de continuer à s'injecter et les échecs des initialisations des traitements de substitution à la méthadone qui supposerait un arrêt définitif des injections.
D'autre part, si Didier peut faire preuve de réelles capacités, il a également la capacité de mettre en échec ce qu'il entreprend. En effet, c'est souvent qu'il met la barre haute pour rendre les choses et les avancées impossibles. Ainsi, il se donne des excuses dont les causes sont extérieures à lui pour justifier ses échecs et ses comportements et prouver que ce n'est pas lui qui en est responsable.
Didier évoque souvent certains projets comme celui de trouver du travail, diminuer ses consommations, revenir à une substitution, se rapprocher de ses filles, mais change d'avis régulièrement et revient sur ce qu'il dit d'un jour sur l'autre.
De plus, Didier a un rapport à l'argent compliqué, ce qui ne facilite pas ses recherches d'emploi. En effet, il se montre très exigeant sur le travail et le salaire qu'on lui propose.
Cette analyse reflète les attitudes, les comportements de Didier qui ne l'aident pas à retrouver une stabilité, mais qui au contraire, le freinent plus qu'autre chose.

Projet éducatif

Didier est une personne qui répond parfaitement à la mission première du CAARUD qui est la réduction des risques sanitaires des usagers de drogue. En effet, il vient chercher quotidiennement des kits de seringues stériles et a très bien intégré les risques qu'il encoure à réutiliser ses seringues usagées. La preuve en est qu'il n'est pas atteint ni du VIH ni d'hépatites.
L'équipe apporte énormément de soutien et une qualité d'écoute importante à Didier qui est en perpétuelle demande. Toute l'équipe est investie quand il s'agit de l'aider à faire ses démarches administratives ou à dialoguer avec lui quand il faut lui faire entendre raison sur certains sujets. En effet, Didier peut se comporter parfois comme un enfant auquel il faut faire la morale pour qu'il retrouve un semblant de lucidité, de bon sens et de responsabilité.
Didier est une personne qui peut se montrer volontaire quand il s'agit d'entreprendre des démarches mais abandonne facilement, ce qui complique une prise en charge sur une longue durée. Le seul travail abouti est la formation faite pour obtenir ses permis poids lourds, mais quand il s'agit de travailler, Didier garde peu de temps ses emplois.
Ayant une bonne relation avec chaque personne de l'équipe, Didier entend facilement ce qu'on peut lui dire, mais dans l'action il peut se montrer cyclothymique, c'est-à-dire qu'il peut avoir des périodes d'investissement et s'il y a des effets tant mieux, et des périodes d'abattement où il se laisse complètement aller ; Mais dans tout les cas peut importe le résultat car ce n'est pas le plus important pour lui.
L'équipe pense qu'il est nécessaire que Didier fasse une psychothérapie. Il entend cette idée et n'est pas contre, il a d'ailleurs rencontré la psychologue du centre de soins mais n'a jamais été au delà du premier entretien.
Je pense également que cette thérapie pourrait lui être bénéfique. En effet, un travail conséquent doit être avant tout fait sur un plan psychologique pour que Didier ait le déclic d'arrêter ou diminuer ses consommations, ou tout du moins les injections.
Toute l'équipe est consciente que Didier a un réel souci identitaire, un manque d'estime de soi énorme qui en pâti sérieusement sur son évolution, tant sociale, professionnelle, que médicale.
Il serait également intéressant que Didier fasse une demande de prise en charge curatelle pour qu'on l'aide à gérer ses dépenses et ses dettes. En effet, Didier a cumulé depuis quelques années des contentieux civils qu'il tarde à régler et quand il retrouve une stabilité financière grâce à un travail par exemple, il dépense l'argent qu'il gagne dans des futilités. La mise sous tutelle des revenus de Didier est pour le moment une étape infranchissable pour lui car c'est une personne qui ressent le besoin de tout maîtriser.
Ces projets restent néanmoins difficilement réalisables au jour d'aujourd'hui ne pouvant se faire que sur du long terme et Didier n'étant pas actuellement disponible et ouvert à ce type de résolutions.

Conclusion

Le cas de Didier a été très intéressant pour moi car il correspond parfaitement à l'idée qu'on se fait d'une personne toxicomane dépendante et aux comportements que l'on peut retrouver chez eux. Bien que Didier soit une personne que l'on peut facilement approcher, sa prise en charge reste compliquée et de l'ordre de l'utopie parfois quand on y pense car la quasi-totalité des démarches que l'on fait aujourd'hui avec lui échouent, ce qui peut être frustrant lorsque l'on sait que l'équipe le suit déjà depuis plus de dix ans.

ADRESSES DES STRUCTURES DU SATO-PICARDIE
http://www.sato.asso.fr

CSST Beauvais
18, rue du Dr Lamotte 60000 Beauvais
tél. 03 44 48 34 40 fax. 03 44 45 46 57
e-mail : sato.csst.beauvais@wanadoo.fr

CSST Compiègne
8, rue de la Sous-Préfecture 60200 Compiègne
tél. 03 44 40 08 77 fax. 03 44 40 52 04
e-mail : sato.csst.compiegne@wanadoo.fr

Antenne Noyon
29, rue Saint Eloi 60400 Noyon
Tél. 03 44 44 96 21

CSST Creil
42-44, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny 60100 Creil
tél. 03 44 66 40 70 fax. 03 44 66 40 75
e-mail : sato.csst.creil@wanadoo.fr

CAARUD
5bis, rue Henri Barbusse 60160 Montataire
tél. 03 44 27 46 84 fax. 03 44 27 14 56
e-mail : sato-relais@wanadoo.fr

45, rue du 27 juin 60000 Beauvais
tél. 03 44 13 21 61

Point Ecoute « Le Tamarin »
1bis, rue Léon Blum 60100 Creil
tél. 03 44 64 12 53 fax.03 44 64 12 55
e-mail : tamarin@wanadoo.fr

Point Ecoute « Le Fusain Ailé »
5, bd Aristide Briand 60000 Beauvais
tél. 03 44 15 32 40 fax. 03 44 15 32 43
e-mail : sato.fusain@wanadoo.fr

Appartements Thérapeutiques Relais
21bis, rue de l'Estacade 60200 Compiègne
tél. 03 44 40 27 20 fax. 03 44 40 13 36
e-mail : sato.apparts@wanadoo.fr

Communauté Thérapeutique de Flambermont
2, rue des Malades 60000 Saint Martin le Nœud
tél. 03 44 02 88 60 fax. 03 44 02 88 62
e-mail : sato.secretariat@wanadoo.fr